

ISSN 2658-6312



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Том 10

№3–4

Москва
2024

УДК 340.1+614
ББК 67.3-51.1.51.1(0)
М42

Медицинское право: теория и практика
[Электронный ресурс]. М.: Национальный
институт медицинского права, 2024. Том 10.
№3-4 (25-26). 128 с. URL: [https://elibrary.ru/
title_about.asp?id=58307](https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307)

ISSN 2658-6312

Редакционная коллегия:

Главный редактор

Павлова Юлия Владимировна

кандидат юридических наук, доцент

Члены коллегии

Ерофеев Сергей Владимирович

заведующий кафедрой судебной
медицины и правоповедения Ивановской
государственной медицинской академии,
Заслуженный работник здравоохранения РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Каменская Наталья Андреевна

кандидат юридических наук

Куранов Владимир Григорьевич

кандидат юридических наук

Поспелова Светлана Игоревна

кандидат юридических наук

Техническая редакция:

Рамшвили Автандил Демурович

кандидат медицинских наук, доцент

Довнар Алексей Николаевич

Адрес редакции:

Национальный институт медицинского права,
109444, Москва, Сормовский проезд, 7а, корп. 2,
www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

Журнал включен в систему Российского
индекса научного цитирования

Издается с 2015 года

Полнотекстовый доступ к публикуемым
материалам: www.med-law.ru, www.elibrary.ru

© Национальный институт медицинского
права, 2024

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

№ 3-4 [25-26]

Том 10

ИЮЛЬ - ДЕКАБРЬ 2024

Москва
2024

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICAL LAW

MEDICAL LAW: THEORY AND PRACTICE

№ 3-4 [25-26]

VOLUME 10

JULY - DECEMBER 2024

Moscow
2024

Medical law: theory and practice [Electronic resource]. M.: National Institute of medical law, 2024. Vol 10. №3-4 (25-26). 128 p. URL: https://elibrary.ru/title_about.asp?id=58307

ISSN 2658-6312

Editorial board:

Editor-in-Chief

Yulia Vladimirovna Pavlova

candidate of legal Sciences, associate Professor

Board member

Sergey Vladimirovich Erofeev

head of the Department of forensic medicine and law of the Ivanovo state medical Academy, Honored worker of health of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor

Natalia Andreevna Kamenskaya

candidate of legal Sciences

Vladimir Grigorievich Kuranov

candidate of legal Sciences

Svetlana Igorevna Pospelova

candidate of legal Sciences

Technical editorial board:

Avtandil Demurovich Ramishvili

candidate of medical Sciences, associate Professor

Alexey Nikolaevich Dovnar

Address of edition:

National Institute of medical law,
Sormovskij proezd, 7a, housing 2, Moscow, 109444,
www.med-law.ru, nimp@med-law.ru

The journal is included in the Russian science citation index

Published in 2015

Full-text access to published materials:
www.elibrary.ru, www.med-law.ru

© National Institute of medical law, 2024

От редакционной коллегии

Номер, завершающий юбилейный десятый том журнала, включает в себя статьи, освещающие вопросы медицинского права, являющиеся как традиционными, постоянно разрабатываемыми, так и новыми, возникающими в процессе изменений в регулировании системы здравоохранения, отражающих динамику социально-политического и социально-экономического развития государства.

Одной из проблем, актуальной для всего современного мира, является демография. Опубликованные в номере работы, описывающие некоторые её аспекты и подходы к решению, показывают сложность и многогранность данного направления. Авторы показывают, что помимо трудностей медико-биологического, научно-технического характера, ничуть не меньшие сложности представляют этические, нравственные и правовые аспекты проблемы.

Обращают на себя внимание работы, касающиеся различных направлений медицинской деятельности, но объединённые одним общим контекстом, состоящим в том, что и правоприменительная практика, и принятие правовых актов в ряде ситуаций осуществляются без необходимой процедурной подготовки. Авторы отмечают, что такого рода деятельность осуществляется на основании концептуальных решений общего характера, не подкреплённых законодательными и подзаконными актами, необходимыми для обеспечения внутренне непротиворечивого правового процесса.

В частности, в данных работах освещаются вопросы, связанные с применением клинических рекомендаций, регулирования использования репродуктивных технологий и комплекса мероприятий, связанных с оказанием помощи лицам при смене половой принадлежности по медицинским показаниям. Каждое из этих направлений затрагивает интересы определённого количества пациентов и медиков (к примеру, применение клинических рекомендаций распространяется абсолютно на всех, включая все правоприменительные структуры) и, соответственно, поиск путей урегулирования отмеченных авторами несоответствий представляет собой крайне актуальную задачу.

В представленных работах также освещаются вопросы, связанные с крайними формами проявления потребительского экстремизма — насилия по отношению к медицинскому персоналу, сопровождаемого, в том числе, причинением вреда жизни и здоровью, а также оскорблениями и клеветой. Авторы отмечают недостаточную защищённость медиков и необходимость принятия норм, усиливающих ответственность за совершение подобных деяний.

Одной из острых проблем, имеющей не столько юридическое, сколько нравственно-этическое выражение, является эвтаназия, современному состоянию регулирования которой посвящена одна из представленных работ.

В работах этика рассматривается как ключевой элемент формирования медико-правовых отношений, поскольку данная сфера жизни общества не может игнорироваться.

Авторы поднимают ряд актуальных вопросов клинко-организационного характера — оказания помощи при добровольном медицинском страховании, информированного добровольного согласия, защиты генетической информации, оказания психиатрической помощи.

Необходимо отметить работу, посвященную проблеме причинности, многогранность которой традиционно оставляет её в числе неизменно актуальных.

Наше издание будет стремиться, как и в течение прошедших десяти лет, к представлению работ, отражающих процесс развития медицинского права в стране в его преломлении в представлениях медиков и юристов. Мы будем сохранять открытость и готовность к взаимодействию в работе со всеми нашими авторами.

Мы считаем важным сохранение и поддержание научного, объективного, взвешенного подхода к исследованию и описанию всего спектра существующих медико-правовых проблем.

Приглашаем к активному сотрудничеству всех заинтересованных и неравнодушных исследователей в следующем десятилетии!

СОДЕРЖАНИЕ

Ахпашев А. А., Гончаревская З. Л., Ботова М. А.	11	Anatoly Akhpashev, Zoya Goncharevskaya, Maria Botova
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ		ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE: USING OF FEEDBACK TOOLS
Болоняева Н. А., Свердюк М. Г., Таранчук В. В.	25	Natalia Bolonyaeva, Maxim Sveredyuk, Valeria Taranchuk
ОСОБЕННОСТИ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		FEATURES OF LEGAL RELATIONS IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES AT THE EXPENSE OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE FUNDS
Ванина А. В., Симонян Р. З.	33	Alina Vanina, Rimma Simonyan
ПРОБЛЕМА ПРАВОМЕРНОСТИ НЕГАТИВНЫХ ОТЗЫВОВ О ВРАЧАХ НА ИНТЕРНЕТ-САЙТАХ		THE PROBLEM OF THE LEGITIMACY OF NEGATIVE REVIEWS ABOUT DOCTORS ON INTERNET SITES
Волкова Е. И., Хапсирокова Е. А.	38	Helen Volkova, Helen Khapsirokova
ЭТИКА КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ		ETHICS IS A BASIS FOR IMPROVING THE LEGAL REGULATION OF BIOMEDICAL EXPERIMENTAL STUDIES IN THE RUSSIAN FEDERATION
Гончаревская З. Л., Киндюк В. В.	45	Zoya Goncharevskaya, Valeriya Kindyuk
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ – ОСНОВА КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»		INFORMED VOLUNTARY CONSENT AS A BASIS FOR «DOCTOR – PATIENT» COMMUNICATION
Груздов А. Ю., Симонян Р. З.	50	Alexander Gruzdov, Rimma Simonyan
О НЕОБХОДИМОСТИ УЖЕСТОЧЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ		ON THE NEED TO STRENGTHEN LEGAL LIABILITY FOR CAUSING HARM TO HEALTH IN THE PERFORMANCE OF THEIR OFFICIAL DUTIES BY MEDICAL WORKERS
Гурская А. В., Герасимова Т. В.	56	Anastasia Gurskaya, Tatyana Gerasimova
МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ		MORAL, PSYCHOLOGICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES
Довнар А. Н.	64	Alexey Dovnar
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭВТАНАЗИИ В РОССИИ: ЗАПРЕТИТЬ, НЕЛЬЗЯ РАЗРЕШИТЬ		LEGAL REGULATION OF EUTHANASIA IN RUSSIA: PROHIBIT, CANNOT PERMIT

Калинина М. А., Ширяева К. С.	69	Maria Kalinina, Kristina Shiryayeva
ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ		MENTAL HEALTH PROTECTION IN THE LEGISLATION OF THE RUSSIAN FEDERATION
Митькина М. С.	75	Marina Mitkina
ПРИНЦИП КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ		CONFIDENTIALITY PRINCIPLE OF GENETIC INFORMATION
Морозова А. М., Симонян Р. З.	80	Alina Morozova, Rimma Simonyan
О ПРАВЕ ВРАЧА НА САМООБОРОНУ И ПРИЧИНЕНИИ ПРИ ЭТОМ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА		ABOUT THE DOCTOR'S RIGHT TO SELF-DEFENSE AND CAUSING HARM TO THE PATIENT'S HEALTH AT THE SAME TIME
Мхитарян А. В., Эртель Л. А.	89	Arthur Mkhitaryan, Lyudmila Ertel
ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ЛИЦ, ВИДОИЗМЕНИВШИХ ПОЛОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ		LEGAL PROBLEMS OF ENSURING AND PROTECTING THE RIGHTS OF PERSONS WHO HAVE CHANGED THEIR GENDER IDENTITY WHEN PROVIDING THEM WITH MEDICAL CARE
Салоян Г. В.	94	Gulia Saloyan
УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ КАК УСЛОВИЕ НАСТУПЛЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА		ESTABLISHING A CAUSAL LINK AS A CONDITION FOR THE OCCURRENCE OF CIVIL LIABILITY FOR HARM CAUSED TO THE LIFE OR HEALTH OF A PATIENT
Старченко А. А.	100	Alexey Starchenko
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ»: НЕГАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ		THE NATIONAL PROJECT «LONG AND ACTIVE LIFE»: NEGATIVE PROBLEMS OF CHANGING THE REGULATORY FRAMEWORK
Трунов И. Л., Айвар Л. К.	110	Igor Trunov, Lyudmila Ayvar
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ		LEGAL REGULATION OF SURROGACY IN CRIMINAL PROCEEDINGS
Шлепкина С. А.	121	Sofia Shlepkina
ПРИОБРЕТЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА ПРИ ОТСУТСТВИИ У ГРАЖДАНИНА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ACQUISITION OF ADMINISTRATIVE AND LEGAL STATUS OF A PATIENT IN THE ABSENCE OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FOR A CITIZEN

Ахпашев А. А., Гончаревская З. Л., Ботова М. А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Данное исследование посвящено анализу процессов внутреннего контроля качества (ВКК) и безопасности медицинской деятельности (БМД) в медицинских организациях Российской Федерации, а также возможности использования инструментов сбора обратной связи от пациентов для принятия управленческих решений. В ходе работы была рассмотрена нормативная база, регулирующая деятельность медицинских организаций, а также современные тенденции и инновации российского здравоохранения, направленные на повышение его эффективности и выполнение основных задач

Исследование проведено для получения обратной связи от пациентов приемного отделения ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы с использованием специально разработанного опросника для формирования дальнейших практических рекомендаций по устранению выявленных нежелательных явлений.

Ключевые слова: контроль качества, безопасность медицинской деятельности, приемное отделение, анкетирование, обратная связь, практические рекомендации, удовлетворенность пациентов, инциденты

Anatolii Akhpashev, Zoya Goncharevskaya, Maria Botova

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF MEDICAL CARE USING OF FEEDBACK TOOLS

This study is devoted to the analysis of the processes of internal quality control (IQC) and the safety of medical activities (SMA) in medical organizations of Russian Federation, as well as the possibility of using tools to collect feedback from patients for making management decisions. In the process of the work, we were analyzing the regulatory framework governing the activities of medical organizations, as well as current trends and innovations in Russian healthcare which were aimed at improving of its effectiveness and accomplishing its main mission.

The study was conducted to receive feedback from patients of the reception of the N. I. Pirogov State Clinical Hospital No. 1 of the Moscow Department of Health using a specially developed questionnaire to develop further practical recommendations for the elimination of the identified adverse events.

Keywords: quality control, safety of medical activities, reception, questionnaires, feedback, practical recommendations, patient satisfaction, incidents

Обоснование

На современном этапе работы медицинских организаций в Российской Федерации все больше внимания уделяется вопросу внутреннего контроля качества (ВКК) и безопасности медицинской деятельности (БМД). Деятельность отдела ВКК регулируется Приказом МЗ РФ от 31.07.2020 г. №785н¹. Согласно Приказу, в медицинских организациях осуществляют деятельность отделы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности, основными задачами которых являются мероприятия по улучшению эффективности работы медицинского персонала, сбору обратной связи от пациентов, разработке системных подходов для улучшения функционирования организации. Все эти процессы и мероприятия направлены исключительно на развитие российского здравоохранения, направленного на выполнение своей основной задачи: оказание населению качественной медицинской помощи с использованием современных технологий и соблюдением главного принципа — пациентоориентированности.

Цель работы

Анализ мнения пациентов о работе приемного отделения ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы для разработки и обоснования принятых управленческих решений для улучшения качества работы больницы. Анкетирование проходили только пациенты, выписанные из приемного отделения и не нуждающиеся в госпитализации.

Задачи исследования:

- изучение мнения пациентов о качестве работы отделения, соблюдении медицинским персоналом элементов безопасного оказания медицинской помощи и этических норм;

- ранжирование выявленных нежелательных событий по важности для принятия управленческих решений;
- разработка и обоснование рекомендаций по принятию управленческих решений для улучшения качества оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара.

Методы исследования:

- методы теоретического исследования: междисциплинарный анализ литературы и нормативных документов по проблеме исследования; обобщение, сравнение, моделирование и проектирование систем и проектов; функциональный и комплексный подходы;
- методы эмпирического исследования: анкетирование, наблюдение, экспертная оценка, статистический анализ данных.

Объект исследования: значение мнения пациентов для принятия управленческих решений в работе медицинской организации (далее — МО).

Субъект исследования: пациенты, выписавшиеся из приемного отделения больницы без дальнейшей госпитализации.

Результаты исследования

1. Всего было проанкетировано 110 пациентов, большинство (31,8%) находились в возрасте от 30 до 44 лет, имели высшее образование (62,7%).
2. В 56,4% случаев средний медицинский персонал при идентификации пациентов не представляется им лично; в 79,1% обращений к пациентам медицинские сестры отделения спрашивали у них Ф. И. О; в 43,6% случаев средний медицинский персонал при идентификации пациентов не уточнял их дату рождения.
3. Внедрения, связанные с цифровизацией здравоохранения, используются медицинскими работниками не в полной мере: 66 (60%) опрошенных ответили, что медицинскими работ-

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (Зарегистрирован 02.10.2020 №60192) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010020017> (дата обращения: 14.11.2024).

никами информация на идентификационном браслете не использовалась, 28 (25,5%) — что медицинский персонал сверял информацию медицинской карты с данными браслета, остальные 16 (14,5%) пациентов затруднились дать ответ на вопрос.

4. 99 (90%) пациентов довольны полученной медицинской помощью и готовы порекомендовать больницу родственникам, близким и друзьям для лечения.

Полученные выводы

На основании выполненного исследования и анализа его результатов сделаны следующие выводы:

1. Отмечена недостаточная вовлеченность медицинского персонала приемного отделения в выполнение требований безопасного оказания медицинской помощи и идентификации пациента.
2. Определен объем обучающих мероприятий для персонала приемного отделения по устранению выявленных нежелательных событий.
3. 99 (90%) пациентов приемного отделения, которые были обследованы и выписаны, прошли анкетирование оценили качество полученной медицинской помощи на высоком уровне и порекомендуют больницу для лечения родственникам, близким, друзьям.

Введение

Несмотря на постоянно возрастающее внимание администраций МО к проведению мероприятий внутреннего контроля качества (далее — ВКК) и к обеспечению безопасности медицинской деятельности (далее — БМД), одной из важнейших тенденций 20-х годов 21 века в России является увеличение количества жалоб от пациентов на МО.

В 2020 г. доля жалоб на доступность медицинской помощи в федеральных МО, признанных обоснованными, выросла с 6,2% до 12,2%. В 2021 г. основными нарушениями по результатам проверок федеральных МО стали:

- требования оплаты услуг, входящих в программу государственных гарантий;

- отсутствие информированного добровольного согласия пациента (далее — ИДС);
- отсутствие информации о получении медицинской помощи в рамках ОМС на стендах и интернет-порталах медицинских организаций².

По данным Росздравнадзора в 2020 году было проведено более 8 000 проверок по вопросу качества и безопасности медицинской помощи в МО. Примерно 96% были связаны с обращениями граждан, т.е. были внеплановыми. В результате было выявлено более 14 тысяч нарушений, 6215 из которых были связаны с нарушением прав граждан в области времени ожидания медицинской помощи и предоставления лекарств и гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ [2].

В 2023 году в Министерство здравоохранения РФ поступило более 140,3 тысяч обращений граждан³.

В структуре устных обращений по сравнению с 2022 годом возросли доли жалоб на:

- оказание первичной медицинской помощи;
- направления в специализированные МО;
- лекарственное обеспечение амбулаторных и стационарных МО;
- заработную плату и охрану труда медицинских и фармацевтических работников.

В свою очередь уменьшились доли жалоб на:

- санаторно-курортное лечение;
- кадровый дефицит медицинских работников;
- организацию работы МО.

Что касается жалоб, поданных в письменной форме, наибольшее их количество

2 Отчет Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 01.06.2022 // URL: <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/news/29440> (дата обращения: 14.11.2024).

3 Итоги работы с обращениями граждан в Министерстве здравоохранения Российской Федерации в 2023 году // URL: https://static-o.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/067/079/original/Итоги_работы_МЗ_РФ_с_обращениями_граждан_за_2023_г..pdf?1719489694 (дата обращения: 14.11.2024).

было связано с организацией и качеством медицинской помощи (52 851) и работой учреждений здравоохранения и фармации (43 348). В обоих случаях полученные числа выше по сравнению с 2022 годом. Стоит отметить значительное снижение обращений по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия человека и здорового образа жизни — 7 383 в 2023 году против 13 372 в 2022. Почти в 2 раза выросло количество жалоб по вопросу обязательного медицинского страхования — 1 115 в 2023 году против 550 в 2022. Суммарное количество письменных обращений граждан в 2023 году осталось практически таким же, что и в 2022 — незначительно больше 140 тысяч.

Согласно проведенному в 2023 году исследованию «Оценка доступности и качества медицинских услуг по полису ОМС в РФ в 2023 году», в процессе которого были опрошены 1700 человек из 81 региона, главными причинами недовольств граждан российским здравоохранением являются:

- долгое ожидание получения медицинской помощи;
- отсутствие врача в кабинете или невозможность к нему записаться;

Абсолютное большинство жалоб в данном исследовании было связано с амбулаторным звеном медицинской помощи [3].

В 2023 г. в России активно развернулся процесс цифровизации здравоохранения. Задача его заключается в максимальном «обезбумаживании» с полным переходом на работу в электронном формате в программе «ЕМИАС».

Несмотря на то, что процесс цифровизации еще не достиг запланированных результатов своего развития и находится скорее на этапе внедрения (до сих пор во многих российских стационарах используются преимущественно бумажные носители информации), можно выделить следующие достоинства вышеназванного явления, которые уже сейчас видны на практике:

I. Для врачей:

- затрата меньшего количества времени на создание назначения и донесения необходимости выполнения того или иного вмешательства до среднего медицинского персонала;

- снижение степени бюрократизации, возможность больше сконцентрироваться на оказании медицинской помощи пациенту, а не ведении бумажной медицинской документации;
- облегчение взаимодействия врачей разных отделений. Например, для получения информации о пациенте из приемного отделения врачу любого другого отделения достаточно открыть электронную историю болезни. Также облегчение поиска информации заключается в возможности сортировки результатов исследований/консультаций/анализов по дате и другим имеющимся параметрам;
- внедрение во врачебную практику единой медицинской карты больного с регистрацией всех когда-либо проведенных медицинских вмешательств и возможности ее открыть на любом стационарном компьютере имеет колоссальное значение в улучшении информированности врача об анамнезе пациента. Например, зачастую пациенты пожилого возраста могут забывать об имеющихся у них заболеваниях или путаться при опросе врача.

II. Для среднего медицинского персонала:

- быстрое получение информации о необходимости выполнения пациенту медицинского вмешательства;
- снижение риска неправильной идентификации пациента в связи с наличием у них индивидуальных браслетов с краткой информацией о больном [1];
- снижение бюрократизации, отсутствие необходимости в бумажном подтверждении назначения, возможность видеть назначения врача на дистанции с любого стационарного компьютера/ноутбука.

III. Для пациентов:

- возможность получить информацию из своей истории болезни с личного устройства. Больному предоставляется к просмотру весь список назначаемых исследований, проведенных и запланированных консультаций, а также информация о проведенном/запланированном лечении, что повышает информированность пациента, снижает

вероятность недопонимания между пациентом и врачом;

- наличие единой электронной медицинской документации, информация из которой доступна в каждой государственной МО, облегчает процесс взаимодействия между пациентом и медицинским персоналом.

Таким образом, цифровая трансформация здравоохранения в ближайшем будущем может стать глобальным и очень важным элементом улучшения работы МО.

С ноября 2023 года по март 2024 года в соответствии с разработанной программой сбора данных по изучению мнения пациентов о работе приемного отделения был проведен опрос пациентов, выписывающихся из приемного покоя стационара без дальнейшей госпитализации.

Исследователями была разработана анкета, вопросы которой были согласованы с руководством больницы. Исследование поддержала руководитель отдела качества, которая отметила совпадение интересов больницы в проведении данного исследования. Перед анкетированием пациентов опросник был протестирован и рекомендован к использованию специалистами.

В течение исследования один из участников проекта находился в статусе медицинского брата приемного отделения стационара. Более 60% пациентов были опрошены и проанкетированы в ходе личной беседы. Пациентам в доступной форме была объяснена цель исследования. Больные имели возможность задать дополнительные вопросы по обсуждаемым проблемным ситуациям и получали на них максимально подробные ответы. На пациентов не оказывалось давления, при каждой беседе их призывали к честному ответу, ссылаясь на анонимность анкет. По мере возможности в процессе анкетирования участвовали сотрудники из числа среднего персонала приемного отделения. В случае высокой загруженности персонала и невозможности проведения личной беседы с пациентами, им помогали перейти по ссылке, указанной в QR-коде размещенном на стендах приемного отделения с их устройств и они отвечали на вопросы анкеты самостоятельно.

Для всех респондентов была предложена анкета, включающая 23 вопроса для изучения мнения пациентов о работе приемного отделения. Анкета состояла из шести блоков вопросов:

Первый блок (I) — 7 вопросов для получения личной информации о пациенте и обстоятельствах обращения в больницу: возраст, образование, путь поступления в больницу и т.д.

Второй блок (II) — 7 вопросов, касающихся процесса идентификации медицинским персоналом пациентов.

Третий блок (III) — 3 вопроса о времени ожидания медицинской помощи.

Четвертый блок (IV) — 6 вопросов, касающихся непосредственно мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи в приемном отделении стационара.

Анкетирование пациентов проведено с соблюдением этических норм взаимодействия с пациентами:

- каждый пациент был проинформирован о предстоящем анкетировании и дал на это устное согласие;
- создана Google-форма анкеты для удобства ответов на вопросы, что обеспечило комфортное для пациентов заполнение анкеты;
- возможность лично контактировать с пациентами позволяла им задать все интересующие их вопросы, уточнить необходимую информацию;
- предоставлялось удобное время для пациента при заполнении анкеты. Пациенты проходили анкетирование во время подготовки выписного эпикриза. К этому времени пациентами были пройдены все необходимые исследования и они имели время для работы с анкетой.

Полученные результаты и обсуждение

В анкетировании приняли участие по пациентам приемного отделения, поступившие и получившие в нем необходимую медицинскую помощь по различным профилям. По результатам обследования эти пациенты не нуждались в госпитализации в круглосуточный стационар, или в силу разных обстоятельств отказались от нее.

Распределение пациентов по возрасту представлено на рис. 1.

Наибольшее количество опрошенных пациентов находилось в возрасте

от 30 до 44 лет — 35 (31,8%) человек, незначительно меньше — 31 (28,2%) — от 18 до 29 лет, 25 (22,7%) опрошенных — от 45 до 59 лет, наименьшая группа в возрасте от 60 до

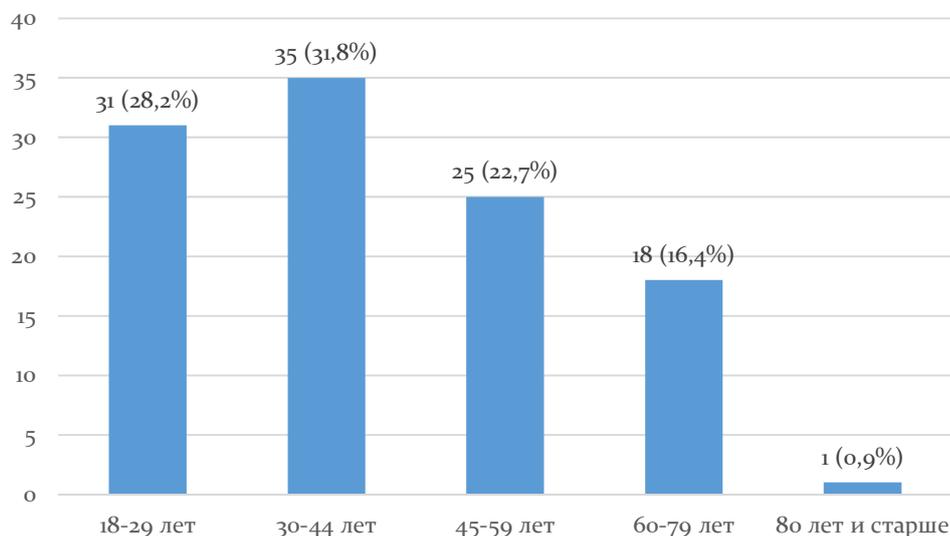


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту.

79 лет — 18 (16,4%), 80 лет и старше — всего 1 (0,9%).

Образование респондентов представлено на рис. 2. 69 (62,7%) респондентов имели высшее образование, что составило боль-

шинство. 18 (16,4%) и 14 (12,7%) — среднее специальное и общее среднее образование соответственно, наименьшую группу составили пациенты с неоконченным высшим образованием — 9 (8,2%). Большинство

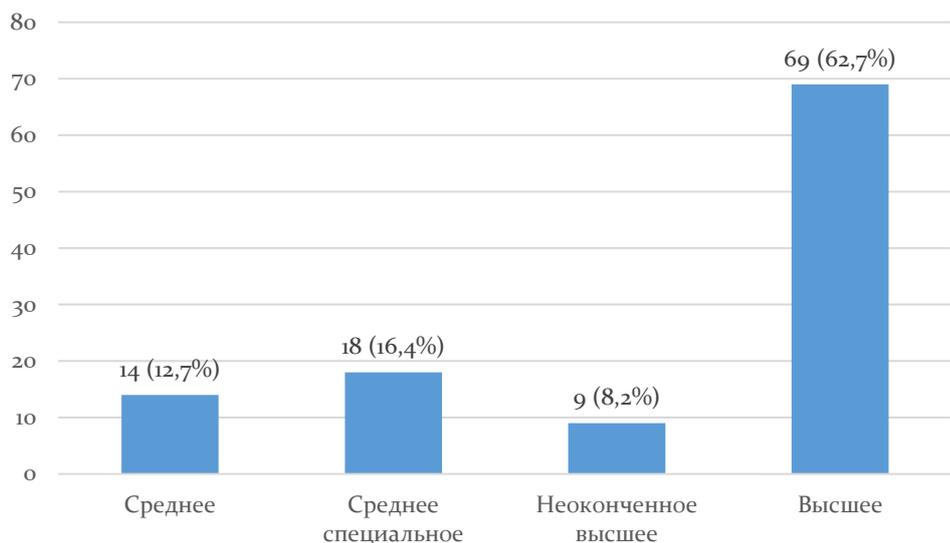


Рис. 2. Распределение пациентов по уровню образования.

участвовавших в анкетировании имели высшее образование.

Респонденты в приемном отделении больницы были осмотрены врачами раз-

ных специальностей, сведения о которых представлены на рис. 3. Наибольшее количество пациентов проходили обследование и лечение у врача-нейрохирурга — 58

(52,7%), количество осмотренных хирургом и челюстно-лицевым хирургом составило 17 (15,5%) и 10 (9,1%) пациентов соот-

ветственно. Остальные 25 (22,7%) больных были осмотрены врачами других специальностей.



Рис. 3. Распределение обращений пациентов по враческим дисциплинам.



Рис. 4. Каналы поступления пациентов в приёмное отделение.

Преимущество в группе пациентов нейрохирургического профиля чаще всего связано с наличием у них легких травм головы или легкого сотрясения головного мозга, не требующих дальнейшей госпитализации.

При анализе учитывали, что у врачей челюстно-лицевых хирургов и урологов прием по экстренной помощи организован в соответствии с дежурными днями по городу.

Каналы поступления пациентов в приёмное отделение отображены на рис. 4.

Важным вопросом для руководства стационара являются обстоятельства, определяющие обращение в ту или иную МО. Распределение пациентов в соответствии с факторами, обусловившими их появление в конкретном приемном отделении ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова отображено на рис. 5.

Можно отметить, что чаще всего — 47 (43,1%) обращений выбор больницы определялся диспетчерским пунктом скорой помощи, в 32 (28,4%) случаях роль сыграли рекомендации сотрудников поликлиники, территориальная близость являлась актуальной для 18 (16,5%) пациентов, информация о высокой квалификации медицинского персонала была приоритетом лишь в 8 (7,3%) случаях, а рекомендации знакомых и

положительная репутация больницы в СМИ оказались решающими лишь в 4 (3,7%) и 1 (0,9%) респондентов соответственно.

Исследование показало, что для экстренных пациентов доминирующими факторами поступления в данный стационар явились решения диспетчерской службы скорой помощи и направления поликлиник. Стоит также отметить достаточно высокую значимость территориального



Рис. 5. Факторы, определившие поступление пациентов в МО.

принципа и очень малую роль факторов, относящихся к репутации больницы — освещение в СМИ с положительной стороны, рекомендации знакомых, информация о качественной подготовке персонала. Последнее обстоятельство ставит перед администрацией стационара комплексный вопрос о развитии этого направления в работе.

Важнейшим и простейшим элементом в обеспечении качества и БМД является процедура идентификации пациента. Согласно современным стандартным операционным процедурам (далее — СОП) она обязана проводиться по Ф. И. О. и дате рождения пациента.

Распределение ответов пациентов на вопрос о применении средним медицинским персоналом Ф. И. О. для его идентификации представлено на рис. 6.

На рис. 7 представлено распределение ответов пациентов на вопрос о применении

средним медицинским персоналом даты рождения для их идентификации.

Полученные результаты показывают, что средний медицинский персонал не использовал Ф. И. О. и дату рождения пациентов в 12,7 и 43,6% случаев соответственно.

Полученные результаты говорят о том, что в большинстве случаев после проведения идентификации пациента по Ф. И. О. уточнять возраст пациента средний персонал считает излишним, несмотря на то, что данная процедура также прописана в соответствующем СОПе и является обязательной. Это свидетельствует о потенциально высоких рисках возможности небрежного выполнения медицинских манипуляций в отношении пациентов, в том числе и имеющих критические последствия, связанные с их инвалидизацией или смертью.

В целях устранения этих рисков администрации больницы необходимо проведение

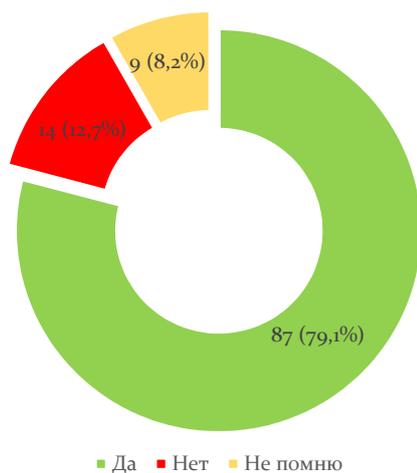


Рис. 6. Идентификация пациента по Ф.И.О. средним медицинским персоналом.

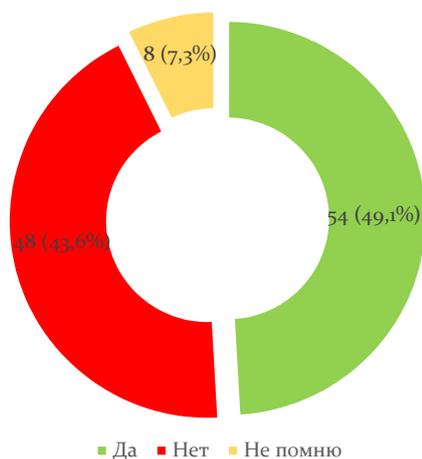


Рис. 7. Идентификация пациента по дате рождения средним медицинским персоналом (%).

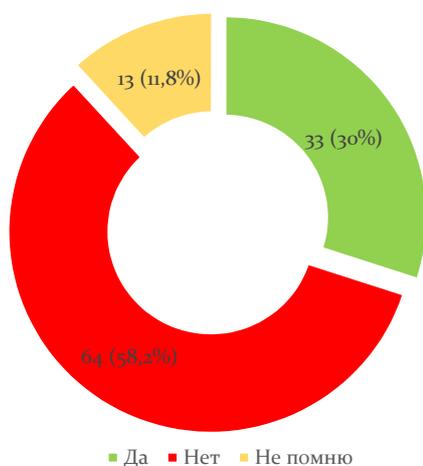


Рис. 8. Идентификация пациента по дате рождения врачебным персоналом (%).

соответствующей разъяснительно-информационной работы со средним медицинским персоналом.

На рис. 8 представлено распределение ответов пациентов на вопрос о применении для их идентификации даты рождения врачами приемного отделения. Из общего числа опрошенных 64 (58,2%) пациента утверждали, что врач приемного отделения не уточнял у них дату рождения, в 33 (30%) случаях дата рождения уточнялась, осталь-

ные 13 (11,8%) пациентов не смогли ответить на вопрос.

Полученные результаты свидетельствуют, что преобладающим фактором при идентификации пациента являются Ф. И. О., и что этой информации достаточно для выполнения этой процедуры. Уточнение возраста пациента медицинский персонал считает необязательным, несмотря на то, что данная процедура входит в соответствующий СОП и является обязатель-

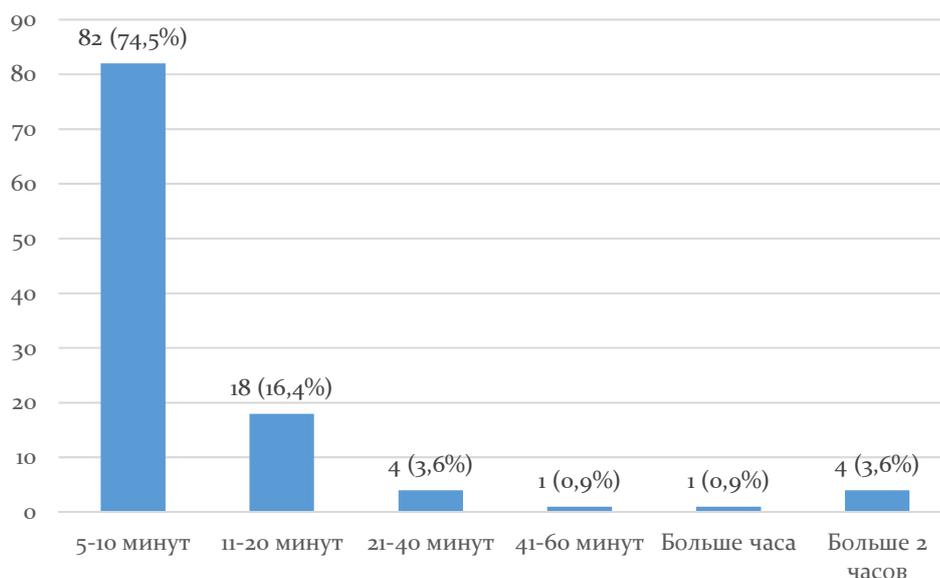


Рис. 9. Время ожидания пациентами получения медицинской помощи.

ной. Это свидетельствует о потенциальных рисках при выполнении медицинских манипуляций в отношении пациентов-одномысленцев и возможных последствиях.

В целях устранения этих рисков администрации больницы необходимо проведение соответствующих обучающих семинаров, информировании медицинского персонала больницы о возникающих инцидентах.

Одним из направлений в улучшении качества и безопасности медицинской помощи пациентам является минимизация времени ее ожидания. Ответы пациентов на вопрос о времени их ожидания оказания медицинской помощи приведены на рис. 9.

В большинстве случаев — 82 (74,5%) пациенты ожидали оказания медицинской помощи 5-10 минут (в эту же категорию были включены ответы меньше 5 минут), 18 (16,4%) человек ожидали помощи от 11 до 20

минут, по 4 (3,6%) ответа пришлось на варианты «21-40 минут» и «больше 2 часов», по одному случаю (0,9%) время ожидания составляло от 41 до 60 минут, а также больше часа.

Оказание медицинской помощи в приемном покое в течение 20 минут от поступления у более чем 90% пациентов рассматриваем как положительный результат организации деятельности. Ежедневно проводится анализ случаев длительного ожидания медицинской помощи для понимания причин и минимизации рисков наступления негативных последствий.

Одним из важных и эффективных результатов внедрения цифровизации в здравоохранении стало использование идентификационных браслетов с указанием на них Ф. И. О. и даты рождения пациента, а также QR-кода с возможностью перехода в

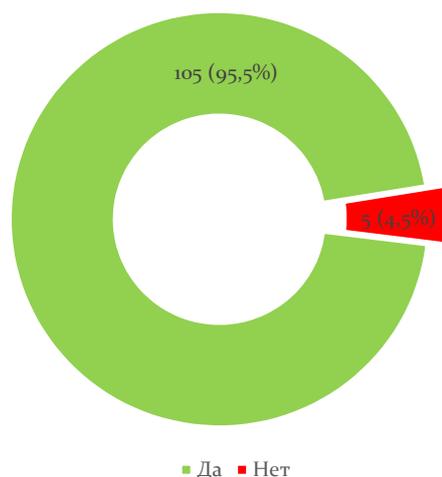


Рис. 10. Предоставление идентификационных браслетов в приемном отделении.

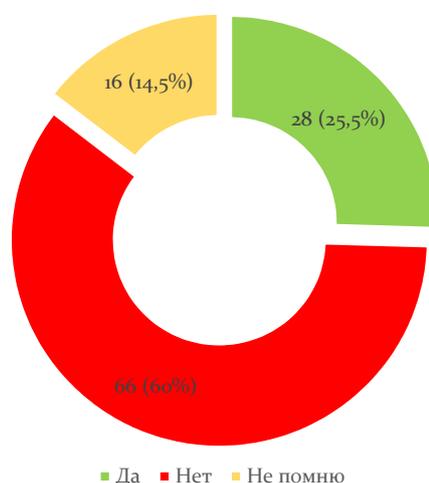


Рис. 11. Использование медицинскими сотрудниками информации на браслете в процессе идентификации пациента.

его электронную историю болезни, позволяющих оптимизировать процесс маршрутизации больных.

В анкету было включено два вопроса, касающихся использования информации идентификационного браслета пациента медицинским персоналом. Распределение ответов на вопрос о предоставлении идентификационного браслета в приемном отделении отражено на рис. 10.

В абсолютном большинстве обращений — 105 (95,5%) пациентам надевался идентификационный браслет, изредка — в пяти случаях (4,5%) браслет не предоставлялся. Эти результаты подтверждают отработанный алгоритм выполнения ме-

дицинским персоналом требований по маршрутизации пациентов.

Вопрос о мнении пациентов о практическом использовании идентификационного браслета и распределение ответов представлены на рис. 11.

Большинство опрошенных — 60 (66%) ответили, что медицинскими работниками информация на идентификационном браслете при обследовании, по их мнению, не применялась, у 28 (25,5%) — сверялась информация медицинской карты с данными браслета, остальные 16 (14,5%) пациентов затруднились дать ответ.

Полученные результаты указывают на то, что, по мнению пациентов, в большин-

стве случаев медицинский персонал не использует данные с идентификационного браслета при проведении манипуляций, что говорит об отсутствии речевого подтверждения значения этой информации у пациентов при общении с медицинским персоналом.

Совокупность результатов ответов на вопросы об идентификации пациентов по Ф.И.О. и дате рождения, подтверждает наличие сложностей в организации процесса

идентификации пациентов в приёмном отделении стационара и необходимость регулярной отработки навыков этих процессов, направленных на профилактику возможных инцидентов.

Для формирования заключительной оценки обратной связи от пациентов, поступивших в приемное отделение, в анкету были включены вопросы, связанные с их удовлетворенностью полученной медицинской помощью.

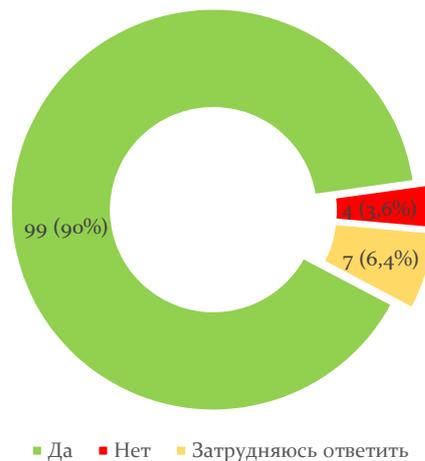


Рис. 11. Готовность пациентов приемного отделения порекомендовать больницу для лечения.

Ответы пациентов на вопрос, порекомендуют ли они данную больницу для лечения своим близким, представлены на рис. 12. Полученные результаты можно рассматривать как отражение уровня общей удовлетворённости пациентов работой приемного отделения, так и уровень доверия к больнице. В 90% (99) случаев пациенты были готовы порекомендовать больницу для лечения своим близким, не порекомендовали бы — 3,6% (4) опрошенных, 6,4% (7) пациентов затруднились ответить. Следовательно, 99 (90%) опрошенных пациентов, выписавшихся из приемного отделения, остались довольны качеством оказания медицинской помощи.

Выводы

На основании выполненного исследования и анализа его результатов сделаны следующие выводы:

1. Отмечена недостаточная вовлеченность медицинского персонала приемного от-

деления в выполнение требований безопасного оказания медицинской помощи и идентификации пациента.

2. Определен объем обучающих мероприятий для персонала приемного отделения по устранению выявленных нежелательных событий.
3. 99 (90%) пациентов приемного отделения, которые были обследованы и выписаны, прошли анкетирование оценили качество полученной медицинской помощи на высоком уровне и порекомендуют больницу для лечения родственникам, близким, друзьям.

Практические рекомендации

1. Администрации стационара целесообразно организовать и регулярно проводить тренинги с медицинскими работниками приемного отделения по отработке элементов СОПов по оказанию медицинской помощи.

2. Медицинским работникам приемного отделения предоставить условия для самостоятельной отработки практических навыков в учебной комнате.
3. В амбулаторных и стационарных медицинских организациях необходимо более полно предоставлять информацию пациентам о правовых и этических вопросах коммуникации, используя при этом возможные информационные технологии: официальные сайты, социальные сети, информационные стенды, листовки, средства массовой информации.

Заключение

Проведенное исследование позволило определить ряд актуальных вопросов, влияющих на качество оказания медицинской помощи в приемном отделении больницы, которые были вынесены для обсуждения на рабочих совещаниях с администрацией многопрофильного стационара. По итогам обсуждения администрацией больницы был разработан план мероприятий по устранению возможных инцидентов. Были организованы занятия и тренинги с медицинским персоналом приемного отделения по отработке алгоритмов работы.

Список литературы:

1. В инфекционной больнице на Волоколамке внедрили систему идентификационных браслетов // URL: <https://gazeta-pokrovskoe-streshnevo.info/v-infekczionnoj-bolnicze-na-voelokolamke-vnedrili-sistemu-identifikaczionnyh-brasletov-uproshhayushhih-poluchenie-pomoshhi/> (дата обращения: 16.11.2024).
2. Интервью руководителя Росздравнадзора Аллы Самойловой о контроле качества вакцин и лекарственных средств от 12.06.2021 // URL: <https://23reg.roszdravnadzor.gov.ru/about/news/26106> (дата обращения: 16.11.2024).
3. Пациенты назвали главные претензии к российской медицине // URL: <https://vspru.ru/association/rukovodstvo-vsp/zhulev/2023/11/24112023-patsienty-nazvali-glavnye-pretenzii-k-rossiyskoj-meditsine> (дата обращения: 16.11.2024).

Об авторах:

Ахпашев Анатолий Александрович — студент 6 курса Факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Москва, anatolik12@yandex.ru

Гончаревская Зоя Леонидовна — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, научный сотрудник лаборатории системного анализа в здравоохранении ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, Москва, gzl@koziz.ru

Ботова Мария Александровна — начальник отдела внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова Департамента здравоохранения г. Москвы, sme_74@list.ru

Anatolii Aleksandrovich Akhpashev — 6th year student at the Faculty of Fundamental Medicine of Lomonosov Moscow State University, Moscow, anatolik12@yandex.ru

Zoya Leonidovna Goncharevskaya — Associate Professor of the Department of Public Health and Public Health, Researcher at the Laboratory of Systems Analysis in Healthcare, Russian University of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences, Moscow, gzl@koziz.ru

Maria Alexandrovna Botova — Head of the Department of Internal Quality Control and Safety of Medical Activities at the City Clinical Hospital No. 1 named after N. I. Pirogov of the Moscow Department of Health, Moscow, sme_74@list.ru

© Ахпашев А. А., Гончаревская З. Л., Ботова М. А., 2024

Для цитирования:

Ахпашев А. А., Гончаревская З. Л., Ботова М. А. Оценка качества медицинской помощи с помощью инструментов обратной связи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). С. 11-24.

For citation:

Akhpashev A. A., Goncharevskaya Z. L., Botova M. A. Assessment of the quality of medical care: using of feedback tools // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 11-24.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2024 г.

Болоняева Н. А., Свередюк М. Г., Таранчук В. В.

ОСОБЕННОСТИ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Недостаточная правовая регламентация, наличие пробелов в законодательстве зачастую порождают негативные последствия для медицинских организаций при формировании условий договора при оказании медицинских услуг за счет средств добровольного медицинского страхования. Имеют место ситуации, когда, выискивая неточности условий договора, страховая организация под разными предлогами и обоснованиями старается отказать в оплате оказанных медицинских услуг. Причиной санкций, отказов в оплате и иных негативных для медицинской организации последствий является имеющаяся правовая неопределенность при взаимодействии сторон рассматриваемых правоотношений, а где-то и правовой нигилизм, правовой инфантилизм со стороны медицинских организаций. Авторами предлагается свое видение организации работы по формированию договорных условий в данной сфере. Материал представлен на основе практики работы Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Консультативно-диагностический центр «Вивея» Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Ключевые слова: добровольное медицинское страхование, правовые неопределенности, пациент, медицинская организация, законодательство

Natalia Bolonyaeva, Maxim Sveredyuk, Valeria Taranchuk

FEATURES OF LEGAL RELATIONS IN THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES AT THE EXPENSE OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE FUNDS

Insufficient legal regulation, the presence of gaps in the legislation, often gives rise to negative consequences for medical organizations when forming the terms of the contract for the provision of medical services at the expense of voluntary health insurance. There are situations when, looking for inaccuracies in the terms of the contract, the insurance company, under various pretexts and justifications, tries to refuse to pay for the medical services rendered. The reason for sanctions, refusals to pay and other negative consequences for the medical organization is the existing legal uncertainty in the interaction of the parties to the legal relationship under consideration, and somewhere legal nihilism, legal infantilism on the part of medical organizations. The authors offer their vision of the organization of work on the formation of contractual terms in this area. The material is presented based on the practice of the Regional State budgetary healthcare institution «Consultative and Diagnostic Center «Viveya» of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory.

Keywords: voluntary health insurance, legal uncertainties, patient, medical organization, legislation

В 2010 г. был принят Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Закон об ОМС, 326-

ФЗ), заменивший собой Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», согласно которому, на всех граждан Российской

Федерации должна распространять свое действие система обязательного медицинского страхования^{1 2}.

Закон об ОМС закрепил общие нормы, установил рамочные требования к правоотношениям, возникающим внутри системы ОМС, определил правила поведения субъектов правоотношений, которые в свою очередь необходимо реализовывать, посредством разработки правовых механизмов³.

В дополнение к действующей системе обязательного медицинского страхования, на законодательном уровне не запрещено заключать договоры со страховыми компаниями на добровольное медицинское страхование (далее — ДМС).

В юридической науке определение понятия «договор медицинского страхования» не предусмотрено⁴. Это связано с тем, что страховые объекты разнообразны. Поэтому, действующее гражданское законодательство РФ дает официальное определение только двух видов страхования. К ним относятся:

- договор имущественного страхования (ст. 929 Гражданского кодекса РФ⁵ — далее ГК РФ);

1 Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102143352> (дата обращения: 9.11.2024).

2 Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 №1499-1 // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_90/ (дата обращения: 9.11.2024).

3 Ступак В. С., Пошатаев К. Е., Пудовиков С. С. и др. актуальные проблемы реализации нового закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в системе здравоохранения Хабаровского края // *Здравоохранение Дальнего Востока*, 2011. №2 (48). С. 9-13.

4 Григорьева А. В., Прасковьян Д. А. Сравнительный анализ договора обязательного медицинского страхования (ОМС) и договора добровольного медицинского страхования (ДМС) // *Проблемы и перспективы развития уголовно-исполнительной системы России на современном этапе. Сборник. Материалы Всероссийской научной конференции обучающихся и молодых ученых с международным участием. Самарский юридический институт ФСИН России. Самара, 2022. С. 161-164.*

5 Гражданский кодекс Российской Федерации от 30 ноября 1994 года №51-ФЗ // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102033239> (дата обращения: 9.11.2024).

- договор личного страхования (ст. 934 ГК РФ).

Договор медицинского страхования препровождает собой один из видов договора личного страхования. Обобщая место договора медицинского страхования в системе условных обязательств РФ, мы можем обнаружить определение договора медицинского страхования. Под договором медицинского страхования подразумевается соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, где одна сторона обязуется за обусловленную договором оплату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной, создавать и финансировать одновременно либо попеременно predetermined договором сумму (страховую сумму) за предоставляемые медицинские и иные услуги⁶. Из п. 1 ст. 934 ГК РФ вытекает, что страховую сумму получает медицинское учреждение, в пользу которого заключалось соглашение, то есть договор. Договор медицинского страхования бывает двух видов:

- обязательное медицинское страхование;
- добровольное медицинское страхование.

В настоящее время, нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения при оказании медицинской помощи в рамках ДМС, являются:

- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Закон РФ от 27 ноября 1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»⁷ (далее — Закон об организации страхового дела);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁸ (далее — 323-ФЗ);

6 Рябичева О. И. Добровольное медицинское страхование в России: проблемы и перспективы развития // *Журнал прикладных исследований*, 2021. №6. С. 996-1004.

7 Закон РФ от 27 ноября 1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102019955> (дата обращения: 9.11.2024).

8 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g> (дата обращения: 9.11.2024).

- Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006»⁹ (далее — ПП №736).

Закон об организации страхового дела устанавливает базовые аспекты:

- Деятельность субъектов страхового дела подлежит лицензированию (ст. 4.1 Закона об организации страхового дела).
- Статьей 32 Закона об организации страхового дела установлено, что лицензия выдается страховой организации на осуществление, в частности: добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни.
- Сведения о субъектах страхового дела подлежат внесению в единый государственный реестр субъектов страхового дела (п. 2 ст. 4.1 Закона об организации страхового дела)¹⁰.

Также Закон об организации страхового дела определяет, что относится к объектам медицинского страхования, определяет виды страхования.

П. 3 ст. 4 Закона об организации страхового дела установлено, что объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения

профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

Статьей 32.9 Закона об организации страхового дела установлены виды страхования, в частности: медицинское страхование.

В связи с этим при обращении страховой организации в медицинскую организацию с намерением заключения договора об оказании медицинской помощи в рамках ДМС, необходимо проверить соответствие данной страховой организации лицензионным требованиям. Страховая организация должна иметь лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни с видом страхования: медицинское страхование. Данная информация подлежит проверке в Едином государственном реестре субъектов страхового дела, который размещается на сайте Банка России в сети Internet¹¹.

Если у страховой организации отсутствует необходимая лицензия или в нее не включен такой вид страхования как «медицинское страхование», правовые основания для заключения договора на оказание медицинской помощи в рамках ДМС, содержащего присущую данным правоотношениям специфику взаимодействия сторон, отсутствуют.

В таких случаях заключается договор на общих основаниях, не предусматривающий специфики ДМС.

Например, в КГБУЗ КДЦ «Вивея», заключением договоров в рамках ДМС занимается отдел страховой медицины, а заключением договоров на общих основаниях с физическими лицами (долгосрочных договоров) и юридическими лицами занимается специалист по договорной работе планово-экономического отдела. Разовые договоры с физическими лицами оформляются непосредственно в кассе при оплате услуг.

Исследование договора на оказание медицинской помощи в рамках ДМС, заключаемого между медицинской организацией и страховой организацией (далее — Дого-

⁹ Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006» // <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202305120025> (дата обращения: 9.11.2024).

¹⁰ Банк России. Единый государственный реестр субъектов страхового дела // URL: <http://www.cbr.ru/registries/> (дата обращения: 9.11.2024).

¹¹ См. Банк России. Единый государственный реестр субъектов страхового дела...

вор) позволяет выделить основные юридические признаки, определяющие его особенности по сравнению с другими видами договоров страхования.

Так, при согласовании условий Договора зачастую возникают следующие проблемы в формулировании:

- предмета Договора;
- условий исполнения Договора (объем медицинских услуг, обязанности Заказчика, осуществление Заказчиком контроля, получение сведений, составляющих врачебную тайну и др.).

К формированию предмета Договора необходимо подходить комплексно, основываясь на следующих нормативных аспектах:

- возмездное оказание услуг (ч. 1 ст. 779 ГК РФ);
- оказание платных медицинских услуг (ст. 84 ФЗ №323-ФЗ);
- «платные медицинские услуги» — медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее — договоры) (п. 2 Правил, утв. ПП №736);
- платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности (п. 4 Правил, утв. ПП №736);
- услуги оказываются по заданию заказчика (ч. 1 ст. 779 ГК РФ);
- «заказчик» — физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
- «потребитель» — физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 2 Правил, утв. ПП №736):

- при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи (ч. 3, 4 ст. 84 ФЗ №323-ФЗ).

На основе вышеизложенного авторы предлагают следующую формулировку предмета Договора: «Оказание Исполнителем платных медицинских услуг согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, включенных в лицензию на осуществление медицинской деятельности (Приложение №1), в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Потребителям застрахованным у Заказчика в рамках добровольного медицинского страхования (ДМС)».

При формировании условий исполнения Договора, прежде всего необходимо проанализировать следующее:

- порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.
- К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей» (ч. 7, 8 ст. 84 ФЗ №323-ФЗ).
- Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными

нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования (п. 5 Правил, утв. ПП РФ №736).

Также необходимо четко понимать, что в силу статьи 37 ФЗ №323-ФЗ и п. 10 ПП РФ №736 медицинская помощь (включая оказание платных медицинских услуг) организуется и оказывается:

1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;
2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
3. на основе клинических рекомендаций;
4. с учетом стандартов медицинской помощи.

В этой связи, в любом случае, медицинская услуга, например, непосредственно врачебный прием, назначение обследования и рекомендации по лечению, хирургическая операция и т.д. выполняется врачом на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов. Никакие программы ДМС здесь не должны учитываться сторонами Договора.

При оказании медицинской помощи медицинский работник, обязан выполнять стандарт, клинические рекомендации.

Страховая организация и застрахованный самостоятельно принимают решение за счет каких средств ими будет организовано оказание необходимых пациенту медицинских услуг, которые назначил врач на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

В отношении более широкого объема предоставления медицинских услуг, законодателем предусмотрено следующее:

- платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи (ч. 4 ст. 84 ФЗ №323-ФЗ).
- платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Мини-

стерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика (п. 11 Правил, утв. ПП РФ №736).

Таким образом, в Договор целесообразно включать условия о том, что медицинские услуги оказываются Потребителю в объеме, указанном Заказчиком в гарантийном письме (это вариант отдельных консультаций или медицинских вмешательств), либо, при отсутствии гарантийного письма (для Застрахованных, включенных Заказчиком в списки), в объеме клинических рекомендаций с учетом стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии. (это вариант в полном объеме стандарта). Медицинские услуги в объеме, превышающем объем клинических рекомендаций и (или) стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии, оказываются Потребителю только на основании гарантийного письма Заказчика.

В соответствии с этим авторами предлагается следующая редакция пункта Договора: «Медицинские услуги оказываются Потребителю в объеме, указанном Заказчиком в гарантийном письме Заказчика, либо, при отсутствии гарантийного письма (для Застрахованных, включенных Заказчиком в списки), в объеме клинических рекомендаций с учетом стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии. Медицинские услуги в объеме, превышающем объем стандарта оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии, оказываются Потребителю только на основании гарантийного письма Заказчика».

С учетом специфики рассматриваемых правоотношений, авторы считают целесообразным внесение в Договор условий о недопущении переключивания страховой организацией на медицинскую организацию функций страховой организации. На-

пример, предлагается в Договор включить следующий пункт:

«Заказчик самостоятельно собственными силами и средствами организует и выполняет работу:

- по получению Потребителями согласований Заказчика / гарантийных писем Заказчика (при необходимости) для возможности обращения Потребителя к Исполнителю для получения медицинских услуг;
- по включению/исключению конкретных медицинских услуг в Программу ДМС конкретного Потребителя и доведению данной информации до Потребителя самостоятельно, без привлечения Исполнителя;
- по ведению учета медицинских услуг, получаемых Потребителем по полису ДМС, на предмет их соответствия полису и Программе ДМС конкретного Потребителя, без привлечения Исполнителя;
- по взаимодействию и информированию Потребителей об условиях настоящего договора и порядке обращения Потребителей к Исполнителю для получения медицинских услуг».

Медицинским организациям, при формировании условий Договора или анализе бланка Договора, представленного страховой организацией, необходимо понимать, что в действующем законодательстве отсутствуют правовые нормы, устанавливающие обязательность включения в Договор условий о порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ДМС и обязывающие медицинскую организацию вести работу по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ДМС¹².

Между тем, с учетом специфики рассматриваемых правоотношений (ранее сложившихся, а ныне относящихся к обы-

чаем), Исполнитель по собственной инициативе может включить в Договор условия о контроле.

Исполнителем самостоятельно может быть предусмотрен в Договоре единый порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ДМС, который устанавливается для всех страховых организаций на одинаковых условиях.

Поэтому, указанный порядок либо применяется сторонами на определенных проектом Договора условиях, либо исключается из проекта Договора в полном объеме вместе с данным разделом проекта Договора.

Соответственно, в Договор целесообразно включать следующий пункт: «Заказчиком осуществляется контроль в порядке, установленном настоящим договором, согласно Приложению №... к настоящему Договору «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию».

Также предлагается включить пункт, предусматривающий механизм реализации положения о контроле: «Контроль осуществляется уполномоченными лицами Заказчика — специалистами, экспертами (Приложение №...) путем проведения плановых проверок, с предварительным уведомлением Исполнителя не менее чем за 30 календарных дней до планируемого срока проверки. Конкретная дата проведения проверки согласовывается Сторонами. Плановые проверки осуществляются не чаще одного раза в течение одного года, в объеме не более пятидесяти карт за период не более одного года от планируемой даты проверки, в течение не более трех рабочих дней. В случае поступления обоснованной жалобы Потребителя, Заказчик имеет право осуществлять внеплановые проверки (по жалобам Потребителей), которые проводятся в отношении конкретного Потребителя в объеме документации, относящейся к данному Потребителю. О проведении внеплановой проверки Заказчик обязан уведомить Исполнителя не позднее, чем за

12 См. ст. 426, гл. 48 ГК РФ, Закон РФ от 27 ноября 1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», ч. 7 ст. 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных ПП РФ №736.

пять рабочих дней. Результаты проверок, оформленные актами согласно Порядку (Приложение №...), доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя в срок не позднее пяти рабочих дней с момента окончания проверки».

При включении в Договор условий о контроле, необходимо включать условие о получении Заказчиком согласия пациента на передачу исполнителем информации заказчику, поскольку заказчик заключает данный Договор в интересах потребителей, то и порядок для получения потребителем услуг устанавливает он. Согласно статье 13 ФЗ №323-ФЗ у исполнителя отсутствует обязанность требовать от потребителя такое согласие. На этом основании в договор можно включить следующий пункт:

«Заказчик самостоятельно обеспечивает дачу Потребителем письменного согласия на передачу информации о его здоровье Заказчику. При отсутствии такого согласия Потребителя обмен информацией, относящейся к врачебной тайне, не допускается». Соответственно, при отсутствии такого согласия Потребителя, автоматически не применяется раздел о контроле и приложение договора, устанавливающее порядок проведения контроля.

В действующем законодательстве отсутствуют правовые нормы о страховой программе в рамках ДМС, а также отсутствуют нормы, обязывающие медицинскую организацию включать в Договор условия о программе ДМС и вести работу с программой ДМС¹³.

13 См. ст. 426, гл. 48 ГК РФ, Закон РФ от 27 ноября 1992 г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», ч. 7 ст. 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п. 26 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных ПП РФ №736.

Соответственно, включение в договор условия о программе ДМС, по мнению авторов, нецелесообразно.

Для бюджетных учреждений здравоохранения, также в помощь дополнительный аргумент — часть 4 статьи 9.2. Федерального закона от 12.01.96 г. №7-ФЗ «О некоммерческих организациях»: «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом».

На основании вышеизложенного анализа, авторами делаются следующие выводы:

- Договор с одинаковыми для всех заказчиков условиями, регулирующими взаимодействие сторон, в том числе, в рамках ДМС разрабатывает медицинская организация¹⁴.
- Соответственно, инструменты для решения вопросов по регулированию взаимодействия сторон при оказании медицинских услуг в рамках ДМС находятся непосредственно в руках медицинских организаций.

14 См. ст. 426 ГК РФ «Публичный договор» // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102033239> (дата обращения: 9.11.2024).

Об авторах:

Болоньева Наталья Александровна — главный врач КГБУЗ «Консультативно диагностический центр «Вивея» Министерства здравоохранения Хабаровского края, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, Хабаровск

Свередюк Максим Геннадьевич — доцент кафедры «Организация здравоохранения и медицинское право» КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», начальник юридического отдела ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» Минздрава России (Хабаровский филиал), заместитель директора по правовым вопросам Института инновационных медико-эстетических технологий, Хабаровск, ORCID 0000-0002-8722-1142, SPIN-код 1979-5387, uristms27@bk.ru

Таранчук Валерия Викторовна — юрисконсульт КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск

Natalia Aleksandrovna Bolonyaeva — Chief Physician of the Vivea Consultative Diagnostic Center of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Honored Doctor of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences, Khabarovsk

Maxim Gennadievich Sveredyuk — Associate Professor of the Department of Healthcare Organization and Medical Law at the Institute for Advanced Training of Healthcare Professionals, Head of the Legal Department at the S. N. Fedorov MNTC Eye Microsurgery of the Ministry of Health of the Russian Federation (Khabarovsk Branch). Deputy Director for Legal Affairs at the Institute of Innovative Medical and Aesthetic Technologies, Khabarovsk, ORCID 0000-0002-8722-1142, SPIN code 1979-5387

Valeria Viktorovna Taranchuk — Legal Adviser of the Vivea Consultative Diagnostic Center of the Ministry of Health of the Khabarovsk Territory, Khabarovsk

© Болоняева Н. А., Свередюк М. Г., Таранчук В. В., 2024

Для цитирования:

Болоняева Н. А., Свередюк М. Г., Таранчук В. В. Особенности правоотношений при оказании медицинских услуг за счет средств добровольного медицинского страхования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). С. 25-32.

For citation:

Bolonyaeva N. A., Sveredyuk M. G., Taranchuk V. V. Features of legal relations in the provision of medical services at the expense of voluntary medical insurance funds // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 25-32.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 13.11.2024 г.

Ванина А. В., Симонян Р. З.

ПРОБЛЕМА ПРАВОМЕРНОСТИ НЕГАТИВНЫХ ОТЗЫВОВ О ВРАЧАХ НА ИНТЕРНЕТ-САЙТАХ

Статья посвящена актуальной проблеме правомерности негативных отзывов о врачах на интернет-сайтах, анализируя их влияние на репутацию медицинских работников и систему здравоохранения в целом. Интернет стал неотъемлемой частью нашей жизни, предоставляя доступ к огромному объему информации. В условиях растущей популярности онлайн-платформ, где пациенты могут делиться своими впечатлениями от лечения, необходимо рассмотреть правовые, этические и социальные аспекты данной практики.

Исследование включает анализ законодательства о защите персональных данных, репутационных прав медицинских работников и прав потребителей, а также изучение судебной практики по делам, связанным с диффамацией и клеветой. Проблема правомерности отзывов о врачах на интернет-сайтах заключается в сложном балансе между свободой слова, правом на защиту чести и достоинства, и необходимостью обеспечения качественной медицинской помощи.

Ключевые слова: *медицинский работник, пациент, правомерность отзывов, интернет-сайты, репутация, защита персональных данных, этические аспекты, законодательство, судебная практика*

Alina Vanina, Rimma Simonyan

THE PROBLEM OF THE LEGITIMACY OF NEGATIVE REVIEWS ABOUT DOCTORS ON INTERNET SITES

The article is devoted to the current problem of the legality of negative reviews about doctors on Internet sites, analyzing their impact on the reputation of medical professionals and the healthcare system as a whole. The Internet has become an integral part of our lives, providing access to a huge amount of information. In the context of the growing popularity of online platforms where patients can share their impressions of treatment, it is necessary to consider the legal, ethical and social aspects of this practice. The study includes an analysis of legislation on the protection of personal data, reputational and consumer rights, as well as the study of judicial practice in cases related to defamation and libel. The problem of the legality of reviews of doctors on Internet sites lies in the difficult balance between freedom of speech, the right to protect honor and dignity, and the need to provide high-quality medical care.

Keywords: *medical worker, patient, validity of reviews, Internet sites, reputation, personal data protection, ethical aspects, legislation, judicial practice*

Лица, осуществляющие медицинскую деятельность в России, зачастую становятся жертвами клеветы, оскорблений и иных действий, направленных на ущемление их чести, достоинства и деловой репутации.

При этом они редко обращаются за защитой своих прав и такое поведение «недобросовестных» пациентов становится едва ли не нормой поведения.

В связи с этим существует необходимость в правовом исследовании в рамках Российского законодательства проблемы возможности привлечения к уголовной и гражданско-правовой ответственности пациента за клевету и (или) распространение порочащих недостоверных сведений о медицинском работнике или медицинской организации соответственно [3].

Актуальность данной темы обусловлена необходимостью защиты прав, медицинских работников, а также установлению справедливого и прозрачного регулирования отзывов на интернет-платформах.

Цель данного исследования заключается в анализе правовых аспектов отзывов о врачах на интернет-сайтах, изучении рисков, связанных с распространением неправомερных и ложных отзывов, а также в выявлении возможностей для защиты прав врачей через призму судебной практики.

Задачи исследования:

1. Анализ законодательства РФ, касающийся защиты репутации, прав потребителей и медицинской деятельности.
2. Рассмотрение конкретных гражданских дел о защите репутации врачей на интернет-платформах.
3. Анализ отзывов о врачах на популярных медицинских платформах с точки зрения их содержания.

Материалы и методы. Материалом настоящего исследования послужили нормативно-правовые акты: УК РФ от 13.06.1996 №63-ФЗ, ГК РФ от 30.11.1994 №51-ФЗ, Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ.

Проведенное исследование позволило выделить и описать механизмы наступления ответственности пациента за распространение порочащих сведений на интернет-сайтах в отношении медицинского работника и медицинской организации, а также основания, исключающие ее наступление.

Специфика правоотношений в рамках оказания медицинской помощи связана с высокой степенью нервно-психического, эмоционального и физического напряжения как для лица, оказывающего медицинскую помощь, так и для лица, получающего ее [4, 6].

В связи с этим, зачастую, в рамках правоотношений «пациент — медицинский работник — медицинская организация», защиты требует не только пациент, но и медицинский работник, а в некоторых случаях и медицинская организация [5].

Так, известно немало случаев совершения клеветничества, оскорблений и иных

действий, направленных на ущемление чести, достоинства и деловой репутации медицинского работника на интернет-платформах.

При этом сложившаяся судебная практика свидетельствует о том, что на сегодняшний день медицинские работники обращаются за защитой своих нарушенных прав, но редко, когда суд становится на их сторону.

Результаты исследования показали, что законодательство Российской Федерации предоставляет врачам возможность защищаться от обвинений и клеветы через судебные инстанции.

Действующим законодательством Российской Федерации за ущемление чести, достоинства и репутации лица предусмотрена как гражданско-правовая ответственность в соответствии со ст. 152 Гражданского кодекса Российской Федерации, так и уголовная ответственность в соответствии со ст. 128.1 Уголовного кодекса Российской Федерации [1, 2].

Так, в ч. 1 и 9 ст. 152 ГК РФ установлено, что гражданин вправе требовать по суду опровержения порочащих его честь, достоинство или деловую репутацию сведений, а также возмещения убытков и компенсации морального вреда, причиненных распространением таких сведений, если распространивший указанные сведения не докажет, что они соответствуют действительности [1].

Отметим, что ст. 152 ГК РФ распространяет свое действие также и на право защиты деловой репутации юридических лиц, в отношении которых были распространены порочащие сведения, несоответствующие действительности (при этом юридическое лицо вправе требовать опровержения порочащих сведений, а также возмещения убытков, а компенсации морального вреда — нет).

Таким образом, из данной нормы ГК РФ можно сделать вывод о том, что пациент может быть привлечен к гражданско-правовой ответственности по ст. 152 ГК РФ в том случае, если им было совершено распространение недостоверных сведений в отношении медицинского работника (или в отношении

медицинской организации), то есть сведений, несоответствующих действительности, и, если такие распространенные сведения порочат честь, достоинство или деловую репутацию медицинского работника (деловую репутацию медицинской организации).

Что касается возможной уголовной ответственности пациента за распространение порочащих медицинского работника сведений, то из ч. 1 ст. 128.1 УК РФ следует, что такая ответственность возможна в том случае, если пациентом совершена клевета — распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство медицинского работника или подрывающих его репутацию. Следует учитывать, что распространение заведомо ложных сведений, подрывающих деловую репутацию юридического лица, не может квалифицироваться по ст. 128.1 УК РФ (защита репутации юридических лиц может осуществляться только в порядке гражданского судопроизводства) [2].

Совершение клеветы ст. 128.1 УК РФ относится к преступлениям небольшой тяжести и уголовная ответственность по данной статье не содержит наказание в виде лишения свободы. Уголовная ответственность за клевету подразумевает назначение уголовного наказания либо в виде штрафа до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода, осужденного за период до одного года либо в виде обязательных работ на срок до двухсот сорока часов [2].

В процессе осуществления поиска и анализа судебной практики по уголовным делам о клевете нами не было обнаружено ни одного судебного постановления, в котором подсудимым являлся бы пациент (или его представитель, или родственник), распространивший клеветнические сведения о враче (или ином медицинском работнике).

Авторами настоящей статьи был осуществлен анализ обширного массива судебной практики, по результатам которого был выявлен ряд примеров судебных дел по гражданским спорам между медицинскими работниками (а также медицинскими организациями) и пациентами в рамках ст. 152 ГК РФ.

Судебная коллегия по гражданским делам Верховного суда РФ 28 марта 2023 года рассмотрела кассационную жалобу (дело 5-КГ22-147-К2) по иску врача о защите чести, достоинства и деловой репутации, а также компенсации морального вреда, причинённого ей оставленным анонимным отзывом на сайте о врачах «ПроДокторов». Все три судебные инстанции в иске отказали. После этого врач направилась в Верховный Суд РФ.

Врач-терапевт обратилась в суд с иском к гр. Антоненко О.В. и ООО «МедРейтинг», владеющее сайтом «ПроДокторов», о защите чести, достоинства, деловой репутации, компенсации причинённого морального вреда и взыскания юридических расходов. В своих исковых требованиях истец просит признать не соответствующими действительности, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию сведения, размещённые от анонимного пользователя в комментарии на сайте «ПроДокторов». Комментарий содержал оскорбительные фразы в адрес врача, такие как «Ужасный врач», «Диагнозов не знает», «Жуткое безобразное хамство» и тому подобные вещи. Выяснилось, что этот комментарий оставила гр. Антоненко, которая сама пришла к врачу и сказала ей об этом. Терапевт решила бороться за свою репутацию.

Истица потребовала обязать гр. Антоненко опровергнуть сведения, размещённые в публичном доступе, которые, по её мнению, порочили её честь, достоинство и деловую репутацию, а ООО «МедРейтинг» обязать удалить указанный отзыв со своего сайта и возместить причинённый моральный вред.

Врач обосновывала свою позицию тем, что данный публичный отзыв носит негативный характер и влияет на её профессиональную репутацию, а также на отношение к ней пациентов. Истица указала в суде, что комментарий содержит недостоверную информацию, а значит, является клеветой.

Гр. Антоненко, опровергая доводы истицы, указала, что истцом не был доказан факт, что на данном сайте был опубликован негативный отзыв, не был доказан факт, что первичным распространителем отзыва

стала именно гр. Антоненко, не были доказаны основные юридические обстоятельства по данной категории иска.

Нижестоящие судебные инстанции, исследовав материалы дела, отказали в иске на том основании, что «согласно ст. 29 Конституции РФ, гарантирующей каждому право на свободу мысли и слова, а также на свободу массовой информации, следует различать: имеющие место утверждения о фактах, соответствие действительности которых можно проверить, и оценочные суждения, мнения, убеждения, которые не являются предметом судебной защиты в порядке ст. 152 ГК РФ, поскольку, являясь выражением субъективного мнения и взглядом ответчика, не могут быть проверены на предмет соответствия их действительности». Оценивая изложенную в публикации информацию в совокупности с другими исследованными доказательствами, суды исходили из того, что умаление чести и достоинства истца не являлось целью сообщения указанных сведений. Что касается мнения и оценочных суждений, то это требование невозможно удовлетворить, поскольку оно нарушило бы свободу выражения своего мнения, которое является важнейшей частью этого права и обеспечивается данной нормой. Мнения и суждения автора не могут быть предметом проверки на соответствие действительности по правилам ст. 152 ГК РФ, и, следовательно, не могут быть положены в основу решения суда о защите чести и достоинства как распространённые сведения [7].

Другой громкий процесс прошёл в Воронеже, где врач ультразвуковой диагностики Татьяна Гладышева судилась с сайтом «ПроДокторов».

В Центральный районный суд Воронежа она подала иск, с требованием удалить её профиль с сайта из-за негативных отзы-

вов и выплатить компенсацию морального вреда в размере 150 тыс. рублей. Когда районный суд отказал в удовлетворении иска, Гладышева обратилась в областной суд, затем дошла до Верховного суда, который и направил дело на пересмотр. После этого областной суд встал на сторону медработника, но история получила неожиданное продолжение: Воронежский областной суд отменил собственное определение об удалении профиля врача Гладышевой с сайта «ПроДокторов» после того, как Конституционный суд РФ (КС РФ) озвучил свою позицию по делу. КС РФ счёл, что для удаления персональных данных врача со всеми отзывами одновременно заявителю, то есть врачу, необходимо доказать систематичность злоупотребления правами СМИ при публикации её имени вместе с отзывами. Только в этом случае медработник может добиться удаления данных в суде, а публикация сведений о враче вместе с негативными отзывами без его согласия является законной на основании пункта 8 части 1 статьи 6 Федерального закона «О персональных данных» [8].

Заключение. Проблема правомерности отзывов о врачах на интернет-сайтах является актуальной и требует комплексного подхода. Законодательное регулирование должно быть скорректировано для защиты прав, как врачей, так и пациентов, а также для повышения качества размещаемых отзывов.

Важно создать более прозрачную систему модерации и мониторинга контента на медицинских платформах. Данное исследование также подчеркивает необходимость более глубокого анализа правовых механизмов, касающихся отзывов о врачах и необходимость совершенствования регулирования существующих норм и процедур в данной сфере.

Список литературы:

1. Гражданский кодекс Российской Федерации // М.: Издательство «ТК Велби», 1994.
2. Уголовный кодекс Российской Федерации // М.: Издательство «Юрист», 1996.

3. Лавров М. П. Правовые аспекты отзывов о медицинских работников // Право и здоровье, 2021. №4 (2). С. 15-29.
4. Ковалев А. И. Защита репутации врачей в условиях цифровизации // Журнал медицинского права, 2022. №8 (3). С. 33-47.
5. Пешкова Е. Б. Клевета и анонимные отзывы. Уголовная ответственность в интернете // Право и общество, 2020. №1 (1). С. 12-20.
6. Симонян Р. З., Осипенкова Е. С. Социальный конфликт «врач — пациент» в современном российском обществе: объективные причины и субъективные факторы // Тенденции развития науки и образования, 2021. №74 (6). С. 158-164.
7. Верховный Суд Российской Федерации. Карточка производства по делу №5-КГ22-147-К2 // URL: <https://vsrf.ru/lk/practice/cases/11618102#11618102> (дата обращения: 07.11.2024).
8. Конституционный Суд Российской Федерации конкретизировал сведения о врачах на сайтах-отзовиках // URL: <https://vademec.ru/news/2021/05/27/ks-rf-konkretiziroval-svedeniya-o-vrachakh-na-saytakh-otzovikakh/> (дата обращения: 07.11.2024).

Об авторах:

Ванина Алина Вадимовна — студентка 5 курса Курского государственного медицинского университета Минздрава России, Курск, alinaprimakova2000@yandex.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета Минздрава России, кандидат исторических наук, доцент, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Alina Vadimovna Vanina — 5th year student, Kursk State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, alinaprimakova2000@yandex.ru

Rimma Zorikovna Simonyan — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, PhD, Associate Professor, Kursk, rimmasimonyan@mail.ru

© Ванина А. В., Симонян Р. З., 2024

Для цитирования:

Ванина А. В., Симонян Р. З. Проблема правомерности негативных отзывов о врачах на интернет-сайтах // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 33-37.

For citation:

Vanina A. V., Simonyan R. Z. The problem of the legitimacy of negative reviews about doctors on internet sites // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 33-37.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 21.11.2024 г.

Волкова Е. И., Хапсирокова Е. А.

ЭТИКА КАК ОСНОВА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматривается сущность и роль этических принципов в правовом регулировании биомедицинских экспериментальных исследований как необходимых условий осуществления подобных экспериментов в сфере лечения и профилактики заболеваний в рамках соблюдения прав человека, анализируется роль этики в установлении обязательных правил поведения участников указанных правоотношений. Международные акты, Конституция Российской Федерации, российское законодательство провозглашают полную информированность и необходимость наличия добровольного согласия участвующих в эксперименте лиц. Этика, лежащая в основе правовых установлений, являет собой ограничения, которые обусловлены требованиями соблюдения, охраны и защиты прав человека, уважением личностного достоинства, но не исключает при наступлении определенных обстоятельств ограничений таких прав.

Целью исследования является изучение этики как основы правового регулирования биомедицинских экспериментов, законодательного закрепления морально-нравственных ориентиров в соответствующих правовых нормах на национальном и наднациональном уровне, определение особенностей этических критериев, определяющих требования закона в данной сфере правоотношений.

В результате проведенного исследования авторы приходят к выводу, что в настоящий момент национальное регулирование указанных вопросов в отличие от международного требует изменений, которые бы в полной мере отвечали стремительно меняющейся реальности развития биотехнологий и гарантировали соблюдение прав человека. Авторы полагают, что государству необходимо выработать единые подходы к терминологии через дальнейшую конкретизацию нормативной регламентации и правоприменение.

Ключевые слова: биомедицинские экспериментальные исследования, медицинский эксперимент, права человека, правовое регулирование, ограничения прав человека, достоинство личности

Helen Volkova, Helen Khapsirokova

ETHICS AS A BASIS FOR IMPROVING LEGAL REGULATION OF BIOMEDICAL EXPERIMENTAL RESEARCH IN THE RUSSIAN FEDERATION

The purpose of the study. The article examines the essence and role of ethical principles in the legal regulation of biomedical experimental research as necessary conditions for the implementation of such experiments in the field of treatment and prevention of diseases within the framework of human rights, analyzes the role of ethics in establishing mandatory rules of conduct for participants in these legal relations. International acts, the Constitution of the Russian Federation, and Russian legislation proclaim full awareness and the need for the voluntary consent of the persons involved in the experiment. Ethics, which is the basis of legal institutions, are restrictions that are conditioned by the requirements of observance, protection and protection of human rights, respect for personal dignity, but does not exclude restrictions of such rights in certain circumstances.

The purpose of the study is to study ethics as the basis for the legal regulation of biomedical experiments, the legislative consolidation of moral guidelines in the relevant legal norms at the national and supranational levels, to determine the features of ethical criteria that determine the requirements of the law in this area of legal relations.

As a result of the conducted research, the authors conclude that at the moment, national regulation of these issues, unlike international regulation, requires changes that would fully meet the rapidly changing reality of biotechnology development and guarantee respect for human rights. The authors believe that the state needs to develop common approaches to terminology through further specification of regulatory regulation and law enforcement.

Keywords: *biomedical experimental research, medical experiment, human rights, legal regulation, restrictions on human rights, personal dignity*

Введение

Биомедицинские экспериментальные исследования, проводимые с участием человека, играют ключевую роль в развитии медицинской науки. Они способствуют созданию и внедрению новых способов диагностики и лечения различных заболеваний, лекарственных препаратов, и в целом обусловлены приоритетными направлениями в медицине — улучшением здоровья и качества жизни пациентов.

Биомедицинский эксперимент, как отмечается в науке, предполагает «доклиническое или первое клиническое применение научно обоснованного метода диагностики, лечения и профилактики, новых лекарственных препаратов в терапевтических или научных целях, а также создание контролируемых и управляемых условий для изучения биологических процессов в организме человека» [2]. Такие исследования направлены, прежде всего, на «расширение научной базы данных о норме и патологии развития человека, а также исследования оценки безопасности, эффективности или полезности медицинского продукта, процедуры или воздействия» [8].

Приоритет прав и интересов человека является краеугольным камнем при осуществлении любых медицинских вмешательств экспериментального характера, что предполагает необходимость соблюдения врачами моральных ориентиров своей деятельности — соответствующих этических норм и правил.

В течение более чем двух тысячелетий формировались и развивались этические принципы профессиональной деятельности медицинских работников, в том числе при осуществлении ими биомедицинских экспериментальных исследований. Как верно отмечают Ш. Ж. Абдуллажанова и Б. Ж. Пулатова, «на протяжении всей истории медицины важную задачу профессиональной этики врачи видели в умении реализовать и применить моральные ценности в конкретной медицинской практике» [1]. Возникновение медицинской этики ученые связывают с деятельностью врачей еще в Древнем Вавилоне и Индии, которые должны были придерживаться ряда этических правил: быть терпеливыми и внимательными к пациентам, стараться давать им исцеление, не требовать никаких благ для себя. Свою значимость до настоящего времени не утратили значение этические положения, содержащиеся в работах древнегреческого врача и философа Гиппократ (460-370 г. до н.э.). Принцип «не навреди» в тех или иных смысловых формах лег в основу многих документов, составляющих нормы врачебной этики, и в настоящее время применяется при проведении биомедицинских экспериментов с участием человека.

Понятие медицинской этики

В научной литературе встречаются разные подходы к определению медицинской этики. Ларионова О. В. под медицинской этикой понимает «совокупность нравственных норм профессиональной деятельно-

сти медицинских работников» [5]. Кириюткин М. В. отмечает, что «...Медицинская этика — наука о нравственности, посредством которой устанавливаются гарантии безопасности человека, нравственности и создаются этические барьеры, подкрепляемые правовыми актами.» [3]. Пирова Р. Н. и З. К. Раджабова понимают медицинскую этику более широко, указывая, что ее предметом «является нравственное отношение общества в целом и профессионалов медиков и биологов, в частности, к человеку, его здоровью, жизни и смерти» [7].

Исходя из сказанного, следует вывод о том, что медицинская этика охватывает морально-нравственные принципы поведения медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности, которые основаны на принципах гуманизма, уважения к пациенту, его жизни и здоровью.

Этические нормы и биомедицинские экспериментальные исследования

История биомедицинских экспериментов, уходящая далеко в древние века, породила множество проблем этического характера. До XX века правила проведения таких опытов не регулировались нормами права, а находились лишь в плоскости медицинской науки и профессиональной врачебной практики, морально-нравственных ориентиров отдельной личности врача. Зачастую их деятельность складывалась в отрыве от этических принципов, поскольку жизнь и здоровье участников экспериментов не считались приоритетными по отношению к поставленным целям. Учитывая такую практику, А. Молль в свое время указывал на необходимость соблюдения норм этики при проведении биомедицинских опытов. В первую очередь, к таким нормам он прежде всего относил получение выраженного согласия испытуемых [6].

XX век стал свидетелем как значительных достижений, связанных со стремительным развитием биотехнологий, так и трагических событий в области биомедицинских экспериментов. В числе последних следует указать массовые нарушения прав участников опытов — узников фашистских концентрационных лагерей, проводившиеся без их

согласия в целях поиска способов лечения немецких военнослужащих; эксперименты, имевшие место в США и ряде стран Европы по введению клеток рака, штамма вируса гепатита здоровым людям для изучения ответа их иммунной системы и другие примеры.

Такая печально известная практика показала необходимость разработки и правовой регламентации универсальных этических принципов проведения биомедицинских экспериментальных исследований в международном праве и национальном законодательстве государств. В этом аспекте этика стала основополагающим ориентиром как для законодателей, так и для исследователей.

Этика как основа международно-правового регулирования биомедицинских экспериментальных исследований

Первым нормативным документом, закрепившим этические принципы проведения биомедицинских опытов, является Нюрнбергский кодекс [9]. Его принятие в 1947 году связано с осмыслением бесчеловечной экспериментальной практики над узниками концлагерей в 40-е годы XX века. Данный акт включает такие основополагающие этические правила проведения биомедицинских экспериментальных исследований, как: добровольность участия в эксперименте, явно выраженное согласие на участие в нем; предварительные опыты на животных, а потом уже на человеке; максимальная безопасность медицинских опытов в целях минимизации рисков для человека; возможность испытуемого отказаться от участия на любой стадии эксперимента.

Указанные универсальные этические правила в дальнейшем нашли свое отражение и в других международных актах, заложивших основы национального законодательства государств о биомедицинских экспериментальных исследованиях.

Например, Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта», принятая на 18 Ассамблее ВМА в июне 1964 г., закрепляет следующие

этические принципы: интересы конкретного участника эксперимента превалируют над интересами науки и общества; исследованиям с участием человека должны предшествовать лабораторные опыты, в том числе на животных (пункты 5, 11)¹.

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО 19 октября 2005 года, содержит такие основополагающие нормы медицинской этики, как: снижение возможных рисков и достижение максимальной пользы для участников биомедицинских экспериментов; наличие добровольно высказанного согласия испытуемого на участие в опыте; доведение до участника всей информации об опыте, а также о возможности отзыва своего согласия на любой стадии эксперимента (статьи 3, 4, 6)².

Конвенция Совета Европы о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины, принятая 4 апреля 1997 г.³, и Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине относительно биомедицинских исследований от 25 января 2005 г.⁴ в свою очередь устанавливают необходимость соблюдения следующих этических принципов:

- приоритет прав испытуемого над интересами науки и общества;

1 Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» (Принята на 18 Ассамблее ВМА в июне 1964 г.) // URL: <https://base.garant.ru/101091/> (дата обращения: 3.11.2024).

2 Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19 октября 2005 года // https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml (дата обращения: 19.11.2024).

3 Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS №164) (Заклучена в г. Овьедо 4 апреля 1997 г.) // URL: <https://base.garant.ru/2562155/> (дата обращения: 3.11.2024).

4 Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине относительно биомедицинских исследований (CETS №195) (Подписан в г. Страсбурге 25 января 2005 г.) // URL: <https://base.garant.ru/70514952/> (дата обращения: 3.11.2024).

- возможность проведения биомедицинского опыта с участием человека только при условии отсутствия других возможных альтернатив;
- потенциальная польза для участника эксперимента превалирует над возможными рисками;
- биомедицинскому эксперименту предшествует независимая этическая экспертиза, находящаяся в ведении этического комитета (статьи 3, 5, 6).

Указанные примеры нормативного закрепления критериев этики свидетельствуют о глобальном характере проблем проведения биомедицинских экспериментальных исследований в русле соблюдения этических предписаний. Однако следует отметить, что объем международно-правовых норм в данной части постоянно увеличивается в связи с постоянным развитием биотехнологий [10, 603-604]. Этому может способствовать сотрудничество между государствами и взаимный обмен опытом [11, 161].

Этика как основа совершенствования российского законодательства о биомедицинских экспериментальных исследованиях

Основой правового регулирования биомедицинских экспериментов в России является статья 21 Конституции Российской Федерации⁵, закрепляющая добровольность участия человека в медицинском опыте. Очевидно, что данная норма, представляющая один из важнейших этических принципов проведения биомедицинских экспериментальных исследований, должна иметь детальную правовую регламентацию. Однако анализ свидетельствует об обратном — отечественные предписания значительно уступают аналогичным нормам, закрепленным в международных правовых актах.

Данный вывод базируется на следующих доводах:

1. В российском законодательстве закрепляется множество схожих по смыслу поня-

5 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: <https://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения: 3.11.2024).

тий, имеющих отношение к биомедицинским манипуляциям экспериментального свойства. К ним относятся «клиническая апробация», «клиническое испытание медицинских изделий», «клиническое исследование лекарственных препаратов», закрепленные в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — «ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)⁶. При этом в Федеральном законе от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»⁷ также встречается термин «биомедицинское экспериментальное исследование». Остается открытым вопрос о том, как соотносятся между собой данные термины. Федеральному законодателю очевидно необходимо решить проблему их унификации и выработать для данной сферы правоотношений единый понятийно-категориальный аппарат.

2. Клиническая апробация, которая судя по содержанию части 1 статьи 36.1 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и является биомедицинским экспериментальным исследованием, должна проводиться с учетом разработанных на международном уровне этических принципов. Вместе с тем указанный Закон регулирует их лишь фрагментарно (части 2-7 статьи 36.1). Так, закрепляя правило о добровольном выраженном согласии пациента на участие в клинической апробации, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не фиксирует необходимость доведения до него всей информации о данной процедуре, включая потенциальные риски и негативные последствия для организма пациента. Также в Законе

отсутствуют нормы-гарантии, реализация которых может быть необходима испытуемым в случае причинения вреда их жизни и здоровью. Вышеперечисленное свидетельствует о необходимости более широкой регламентации этических правил проведения биомедицинских экспериментов в РФ. В связи с этим нельзя не согласиться с учеными, отмечающими, что в настоящее время требуется совершенствование нормативной базы об этической составляющей биомедицинских экспериментальных исследований в связи с тем, что «...биомедицинские технологии становятся агрессивными по отношению к человеку.» [4].

Как представляется, регламентация этических правил проведения биомедицинских опытов должна найти отражение в отдельном специальном федеральном законе «О биомедицинских экспериментальных исследованиях с участием человека». В нем необходимо закрепить порядок получения выраженного добровольного согласия участника эксперимента и отзыва такого согласия; условия осуществления таких процедур, включая проведение независимой этической экспертизы, состав и полномочия независимой этической комиссии, а также гарантии прав испытуемых, соответствующие нормам международного права.

Выводы

Стремительное развитие биомедицинских технологий, внедрение которых требует предварительного проведения экспериментальных процедур с вовлечением человека, лежит в плоскости не только научной, но и правовой. Этические принципы служат необходимой составляющей при проведении таких исследований, а значит должны быть нормативно закреплены в федеральном законодательстве на уровне, не уступающем международным правовым актам. Российское законодательство в сфере биомедицинских экспериментальных исследований нуждается в совершенствовании путём выработки специального нормативного урегулирования и внедрения единых подходов к терминологии.

6 Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 3.11.2024).

7 Федеральный закон от 31.05.2001 г. №73-ФЗ (ред. от 22.07.2024) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» // URL: <https://base.garant.ru/12123142/> (дата обращения: 3.11.2024).

Список литературы:

1. Абдуллажанова Ш. Ж., Пулатова Б. Ж. Принципы биомедицинской этики в современном мире // Авиценна. 2020. №74. С. 20-22.
2. Данисюк Н. Б., Глушков В. А. О правовом регулировании медицинского эксперимента // Клиническая хирургия. 1984. №6. С. 47-48.
3. Кирюткин М. В. Биомедицинская этика и права человека в контексте инноваций // Исторические, философские, методологические проблемы современной науки. Сборник статей 5-й Международной научной конференции молодых ученых. Курск, 2022. С. 98-103.
4. Красовский В. С., Ермолаев Д. О., Ермолаева Ю. Н. Биомедицинский эксперимент с участием человека: российский взгляд на проблему // Научный альманах. 2015. №11-4 (13). С. 86.
5. Ларионова О. В. Об этике в медицине: теория и практика // Медицинская сестра. 2009. №3. С. 9-11.
6. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности: для врачей и публики: пер. с нем. Я. И. Левенсон // СПб.: Маркс, 1903. С. 138-139.
7. Пирова Р. Н., Раджабова З. К. Биомедицинская этика, как современный этап этического регулирования в медицине // Медицинская этика и деонтология. Психология профессионального общения. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной Году педагога и наставника. Махачкала, 2023. С.76-79.
8. Порох В. И., Засыпкина Е. В. Этико-юридические проблемы современных биомедицинских исследований // Правовая политика и правовая жизнь. 2011. №1. С. 68.
9. Aurey X. The Nuremberg Doctors' Trial: Looking Back 70 Years Later. International criminal law review. 2017. №17 (6). P.1049-1069.
10. Gaille M. For a new «Nuremberg Code»: some contemporary issues of consent // M S: Medecine sciences, Aug-sep. 2019. №35 (8-9). P. 603-604.
11. Muller M. Medical Ethics in the 70 Years after the Nuremberg Code, 1947 to the Present // Wiener klinische wochenschrift, Jun 2018. №130. P. 161.

Об авторах:

Волкова Елена Ивановна — доцент кафедры конституционного права им. Н. В. Витрука Российского государственного университета правосудия, кандидат юридических наук, РИНЦ Author ID 1033364, Москва, gubanle@yandex.ru

Хапсирокова Елена Анатольевна — доцент кафедры конституционного права им. Н. В. Витрука Российского государственного университета правосудия, кандидат юридических наук, доцент, РИНЦ Author ID 199991, Москва, elena-adzinova@yandex.ru

Elena Ivanovna Volkova— associate professor of Department of constitutional law named after N. V. Vitruka, Russian State University of Justice, PhD in law, Moscow

Elena Anatolyevna Khapsirokova — associate professor of Department of constitutional law named after N. V. Vitruka, Russian State University of Justice, PhD in law, docent, Moscow

© Волкова Е. И., Хапсирокова Е. А., 2024

Для цитирования:

Волкова Е. И., Хапсиорокова Е. А. Этика как основа совершенствования правового регулирования биомедицинских экспериментальных исследований в Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 38-44.

For citation:

Volkova E. I., Khapsirokova E. A. Ethics as a basis for improving legal regulation of biomedical experimental research in the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 38-44.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 23.11.2024 г.

Гончаревская З. Л., Киндюк В. В.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ – ОСНОВА КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Информированное добровольное согласие (ИДС) — важный элемент в соблюдении этических и юридических норм в медицинской практике. Цель исследования: изучить степень информированности пациентов о лечении и предложить меры для повышения качества оказания медицинской помощи. Разработана анкета, содержащая 25 вопросов о соблюдении этических норм персоналом в медицинской деятельности и понимание пациентами роли информированного согласия. В результате, определена необходимость проведения мероприятий в медицинской организации: проведение семинаров и тренингов для отработки коммуникативных навыков персоналом; создание комфортных условий для пациентов при ознакомлении с медицинскими документами; предоставление согласия в электронном виде; обучение элементам персонализированного подхода при взаимодействии с пациентами для повышения качества оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: информированное согласие, добровольное согласие анкетирование, врач, пациент, коммуникация

Zoya Goncharevskaya, Valeriya Kindyuk

INFORMED VOLUNTARY CONSENT AS A BASIS FOR «DOCTOR – PATIENT» COMMUNICATION

Informed voluntary consent (IVC) is an important element in compliance with ethical and legal standards in medical practice. The aim of the study was to study the level of patients' awareness of treatment and to propose measures to improve the quality of medical care. A questionnaire was developed containing 25 questions on compliance with ethical standards by personnel in medical activities and patients' understanding of the role of informed consent. As a result, the need for measures in a medical organization was determined: conducting seminars and trainings for staff to develop communication skills; creating comfortable conditions for patients when reviewing medical documents; providing consent in electronic form; training in the elements of a personalized approach when interacting with patients to improve the quality of medical care.

Keywords: informed consent, voluntary consent, questionnaire, doctor, patient, communication

Введение

Контроль и обеспечение качества медицинской помощи являются основой современного здравоохранения. Контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется на основе нормативных правовых документов. Информированное добровольное согласие является важным аспектом в соблюдении этических и юридических норм в медицинской практике, а также инструментом формирования диалога между врачом и пациентом [1, 39-44].

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказа-

ния медицинской помощи¹. Медицинская помощь является комплексной и включает в себя правовой и социальный аспекты. Коммуникативная модель взаимодействия в медицинской организации — основа в формировании доверительных отношений между пациентом и медицинским работником. Соблюдение этических норм и принципов коммуникации в здравоохранении определяют приверженность пациентов к лечению и его эффективность [3, 327-331]. Взаимоотношение врача и пациента имеет юридическое регулирование, коммуникации в процессе оказания медицинской помощи определяются сложившимися практиками и традициями [2, 160]. В принятии решений о подписании пациентами ИДС и дальнейшем лечении доминирующую роль играет сложившаяся коммуникация с врачом. От этого напрямую зависит адекватность смыслового восприятия полученной информации, степень понимания необходимости конкретных медицинских манипуляций.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения мнения пациентов о соблюдении сотрудниками медицинской организации этических и юридических норм при оказании медицинской помощи для достижения желаемых результатов в формировании приоритета доверия населения в здравоохранении.

Целью исследования было изучить степень информированности пациентов о целях, методах, возможных вариантах выбора объема диагностики, способа лечения и вида реабилитации при получении медицинской помощи в медицинской организации.

Материалы и методы

Использованы методы теоретического исследования (междисциплинарный анализ литературы и нормативных документов по проблеме исследования; обобщение,

сравнение) и методы эмпирического исследования (анкетирование, наблюдение, статистический анализ данных). Для изучения мнения пациентов исследователями была разработана анкета, содержащая 25 вопросов, которые, можно отнести к двум направлениям работы медицинской организации — соблюдение этических и деонтологических норм персоналом в практической медицинской деятельности и понимание пациентами роли информированного добровольного согласия в медицинской практике.

Результаты и обсуждение

Ключевую роль в решении вопросов качества оказания медицинской помощи определяет анализ показателей работы медицинской организации по направлениям работы, изучение мнения пациентов в динамике о качестве оказания медицинской помощи и принятие управленческих решений по результатам аналитических данных. Информация, полученная в результате социологических тематических опросов пациентов, является одним из наиболее точных и важных инструментов, которые могут помочь руководству медицинской организации выстраивать политику организации и принимать правильные и эффективные решения. Анкетирование в медицинских организациях дает полезную информацию о качестве и доступности оказания медицинской помощи. Основываясь на мнении респондентов, руководство, как правило, принимает решения, направленные на улучшения качества и доступности медицинской помощи, улучшение системы взаимодействия процессов деятельности, повышение уровня удовлетворенности пациентов.

Одним из инструментов развития коммуникаций врача и пациента является информированное добровольное согласие (далее — ИДС). Важность этого документа в медицинской практике определяет интерес проведения нашего исследования о значении использования ИДС для каждого пациента, об уровне владения информацией, содержащейся в документе и его правовом значении. Выстраивание коммуникаций

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

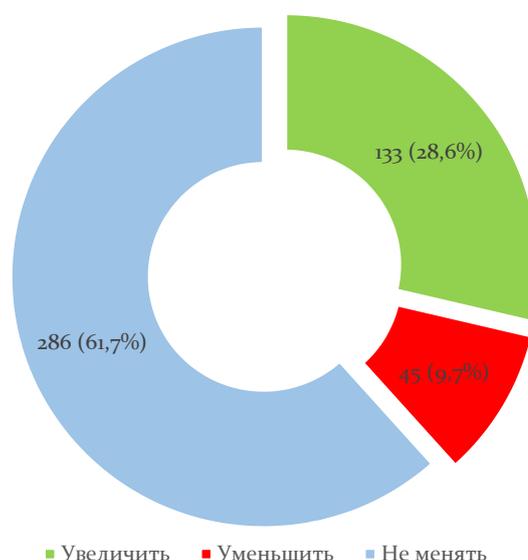
между медицинскими работниками и пациентами, обмен информацией в процессе наблюдения и лечения во многом влияет на уровень удовлетворенности населения, процесс лечения и его результаты. Эффективные коммуникации являются основой в формировании доверительных отношений между врачом и пациентом, что определяет необходимость постоянного мониторингования мнения пациентов.

Программа исследования включала анкетирование 646 пациентов для изучения мнения о соблюдении медицинскими работниками этических, деонтологических и юридических норм в медицинской практике. Разработанная анкета содержала вопросы, касающиеся понимания пациентами информации, содержащейся в ИДС, возможности обсуждения объема предоставляемой медицинской помощи и использование этого документа в выстраивании взаимоотношений с медицинским персоналом.

Для удобства респондентов опросник

предлагался в двух формах — в Google-форме и на бумажном носителе. Для объективности оценки процесса ознакомления пациентов с ИДС был разработан чек-лист исследователя, который позволил уточнить условия и время ознакомления пациентов с документом, установить личный контакт и ответить на вопросы респондентов, получить предложения по созданию условий в медицинских организациях для улучшения коммуникаций между медицинскими работниками и пациентами.

Большинство пациентов — 391 (60,5%) подтвердили, что предпочтительным источником получения информации о необходимых исследованиях, связанных с ними рисками и последствиями является врач. Для 100 (15,3%) пациентов ИДС является основным источником информации. На вопрос: «Вам была понятна вся информация в ИДС» положительный ответ дали 332 (71,6%) пациентов. «Не понятна» — информация была для 132 (28,4%) опрошен-



Распределение мнения респондентов об изменении объема информации ИДС.

ных, соответственно. Респондентам также был предложен вопрос о возможном изменении объема ИДС. Распределение ответов представлено на рисунке.

Для большинства, 286 респондентов (44,2%), объем ИДС был достаточен. Об увеличении объема информации в ИДС высказали предложение 133 (28,6%) опро-

шенных. Уменьшить объем информации предложили 45 (27,2%) респондентов.

По условиям, предоставляемым в медицинских организациях, для ознакомления с ИДС и его подписания, мнение респондентов распределилось следующим образом: 394 (61%) пациентов предпочитают общение с врачом в кабинете, «в холле до приема

врача» готовы знакомиться 149 (23%) пациентов и 103 (16%) опрошенных считают, что для работы с документом, желательно, организовать специально отведенное место. Для объективности оценки продолжительности ознакомления пациентов с ИДС исследователем было зафиксировано фактическое время прочтения документа. Анализ данных показал, что до двух минут знакомятся с информированным добровольным согласием 358 (55,4%) пациентов. От трех минут и более необходимо 288 (44,6%) пациентам для внимательного прочтения и подписания согласия на медицинское вмешательство.

Большинство респондентов 375 (58%) отметили, что проведенное исследование для них стало предлогом для дальнейшего изучения информации об информированном добровольном согласии. Более того, 346 (53,6%) респондентов предоставят полученную информацию членам семьи, друзьям, знакомым, что подтверждает практическое применение и актуальность исследования.

Выводы

Проведенное исследование, анализ и обсуждение результатов анкетирования позволяют сделать следующие выводы:

- Пациентам для изучения документа и его подписания необходимо предоставлять не менее трех минут и желательно присутствие врача.
- Роль ИДС как инструмента коммуникации между медицинскими работниками и пациентами требует выстраивания системного процесса по информированию

населения с помощью средств массовой информации, сайтов медицинских организаций, информационных бюллетеней и брошюр.

- Информированное добровольное согласие может быть предоставлено в электронном виде для понимания пациентом информации, содержащееся в документе, возможности формирования дальнейшего диалога с врачом.

Практические рекомендации по итогам исследования в медицинских организациях:

1. Разработаны управленческие решения по проведению обучающих семинаров для повышения компетенций медицинских работников об использовании ИДС в работе с пациентами.
2. Организованы тренинги в подразделениях медицинских организаций для отработки коммуникативных навыков медицинского персонала в работе, соблюдения этических норм общения при оказании медицинской помощи, обучение элементам персонализированного подхода при взаимодействии с пациентами.
3. Предложены решения по созданию комфортных условий для пациентов при ознакомлении с медицинскими документами, в том числе, с ИДС (присутствие врача, предоставление времени для возможности задавать имеющиеся вопросы и получить ответы).
4. Предоставлены условия для работы пациентов с информированным добровольным согласием в электронном виде.

Список литературы:

1. Малиновский А. А. Кодекс профессиональной этики: понятие и юридическое значение // Журнал российского права. 2008. №. 4 (136). С. 39-44.
2. Сорокин П. А., Васильева Т.С. Главные тенденции нашего времени. М.: Наука, 1997. 351 с.
3. Brewin T. Truth, trust and paternalism Health and Disease. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1995. P. 327-331.

Об авторах:

Гончаревская Зоя Леонидовна — доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, научный сотрудник лаборатории системного анализа в здравоохранении ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук, Москва, gzl@koziz.ru

Киндюк Валерия Вадимовна — ординатор 2 года ординатуры кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии РУДН им. Патриса Лумумбы, Москва, lerakinder13@gmail.com

Zoya Leonidovna Goncharevskaya — Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare, Researcher of Laboratory of System Analysis in Health Care of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Candidate of Medical Sciences, Moscow

Valeriya Vadimovna Kindyuk — Resident 2nd year of residency at the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology of the Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

© Гончаревская З. Л., Киндюк В. В., 2024

Для цитирования:

Гончаревская З. Л., Киндюк В. В. Информированное добровольное согласие — основа коммуникации «врач — пациент» // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 45-49.

For citation:

Goncharevskaya Z. L., Kindyuk V. V. Informed voluntary consent as a basis for «doctor — patient» communication // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 45-49.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 17.11.2024 г.

Груздов А. Ю., Симонян Р. З.

О НЕОБХОДИМОСТИ УЖЕСТОЧЕНИЯ ЮРИДИЧЕСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СВОИХ ДОЛЖНОСТНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ

В статье рассматривается вопрос ужесточения юридической ответственности за причинение вреда медицинским работникам при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. Рассмотрены случаи, когда пациенты осуществляют физическое насилие в отношении медицинских работников на территории России за период 2019-2024 гг. Приводятся примеры агрессивных действий пациентов из средств массовой информации. Проведен анализ правовых актов, которые предусматривают юридическую ответственность пациентов за причинение вреда жизни и здоровью медицинских работников, со ссылкой на действующие нормативно-правовые акты, отмечена их несостоятельность с практической точки зрения. Внесено предложение по ужесточению юридической ответственности пациентов за причинение вреда медицинским работникам путем внесения изменений в Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в РФ и Уголовный кодекс Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинский работник, пациент, ответственность, здравоохранение, здоровье, жизнь, причинение вреда здоровью

Alexander Gruzdov, Rimma Simonyan

ON THE NEED TO TIGHTEN LEGAL LIABILITY FOR CAUSING HARM TO HEALTH IN THE PERFORMANCE OF THEIR OFFICIAL DUTIES BY MEDICAL WORKERS

The article discusses the issue of tightening legal liability for harming medical workers in the performance of their professional duties. The cases when patients carry out physical violence against medical workers in Russia for the period 2019-2024 are considered. Examples of aggressive actions of patients from the mass media are given. The analysis of legal acts that provide for the legal responsibility of patients for harming the life and health of medical workers is carried out, with reference to the current regulatory legal acts, their inconsistency from a practical point of view is noted. A proposal has been made to tighten the legal liability of patients for harming medical workers by amending the Federal Law on the Basics of Public Health Protection in the Russian Federation and the Criminal Code of the Russian Federation.

Keywords: medical worker, patient, responsibility, healthcare, health, life, harm to health

Человечество всегда нуждалось в помощи врачей. Данная аксиома осталась актуальной и в наше время. Большой потребностью современного общества является качественное оказание медицинских услуг высококвалифицированными специалистами, которые придерживаются принци-

пов персонализированной медицины, правильно ставят диагноз и назначают лечение индивидуально для каждого пациента. Однако потребность общества и отношение общества к врачам зачастую расходятся, что приводит к конфликтным ситуациям во взаимоотношениях врачей и пациентов,

даже если врач делал все возможное для скорейшего выздоровления пациента [8].

В последние годы всё более частыми и тяжёлыми становятся случаи, когда пациенты в амбулаторно-поликлинических условиях, в стационаре или за пределами медицинского учреждения, словесно оскорбляли медицинских работников или даже причиняли им физический вред.

По данным Министерства Здравоохранения РФ, за первое полугодие 2023 года на территории России зафиксировано 820 случаев нападения на медицинских работников, из которых 270 включали физическое насилие, 150 психическое насилие, 400 иные формы насильственных действий. 30 случаев представляли прямую опасность для жизни и здоровья медицинских работников. Больше всего риску нападения были подвержены работники бригад скорой помощи, врачи первичного звена здравоохранения, приезжающие на вызовы, хирурги и психотерапевты [9].

В сообщении Государственной Думы за 2024 год заявлено, что за весь 2023 год было зафиксировано суммарно 1752 случая нападения пациентов на медицинских работников [1]. Однако и до 2023 года, другие организации помимо Минздрава РФ и Госдумы РФ вели статистику нападений пациентов на медицинских работников. Там, по информации Профсоюза работников здравоохранения РФ в промежуток с 2017 по 2022 годы было зафиксировано около 1500 нападений на врачей [2].

Многие нападения и случаи причинения вреда здоровью врачу пациентами освещались в средствах массовой информации. Так, ночью 24 января 2019 года в Новосибирске в травматологическом пункте №1 Заельцовского района травматолог оказывала помощь женщине с раной правой руки, делая той перевязку. Вместе с женщиной прибыл ее гражданский муж, ожидавший в коридоре. Не дождавись, когда врач выполнит все необходимые процедуры по обеспечению безопасности пациентки (предупреждение гнойно-воспалительной инфекции раны), он стал требовать, чтобы врач поспешил с перевязкой. Мужчина решил, что врач слишком медленно делал перевязку и набросился

на травматолога с кулаками, попытался придушить медицинского работника, а в конце ударил его об стену с такой силой, что проломил ее. Мужчину остановили другие работники медицинского учреждения, включая охрану, после чего он покинул больницу до прибытия правоохранительных органов. Пациентка после оказания ей медицинской помощи сразу же ушла из медицинского учреждения, также, не дождавись полиции и отказавшись предоставлять данные о ее гражданском муже работникам травматологического пункта. Следствие проводило по показаниям очевидцев с предоставлением видеозаписи камер наблюдения медицинского учреждения, предположительно мужчина был в состоянии алкогольного опьянения, когда напал на врача-травматолога [5].

В Оренбурге 2 августа 2022 года Елена Федорова — участковый терапевт поликлиники №3 городской больницы им. Пирогова — выехала на вызов к пенсионерке, на улицу Волгоградскую. Врач прибыла на служебной машине, зашла в подъезд многоквартирного дома, но до квартиры пациентки не дошла. Ее труп был найден на первом этаже, с множественными ножевыми ранениями. Следствие вышло на след виновного в убийстве врача — Дениса Тучина, у которого был подтвержден диагноз «шизофрения». По его словам, он считал всех медицинских работников недоучками, постоянно критиковал их и обсуждал их непрофессионализм в социальных сетях. Елена Федорова ему попала случайно, убил он ее «от скуки». При проведении предварительного расследования следственными органами Тучин признал вину. Елене Федоровой было 25 лет [7].

Утром 21 сентября 2023 года в Краснодаре фельдшер Елена Лесовая прибыла на улицу Индустриальную по вызову жителей многоквартирного дома, которые заметили 30-летнего мужчину, валяющегося посреди улицы без сознания. 39-летняя фельдшер начала оказывать первую помощь пострадавшему, как потом выяснилось, что он был в состоянии алкогольного опьянения. Когда мужчина пришел в себя, он сразу атаковал фельдшера, ей была нанесена травма головы, рассечена верхняя губа и разбит нос.

Фельдшера спас водитель скорой помощи, после этого медицинского работника госпитализировали, в отношении мужчины возбуждено уголовное дело по причинению легкого вреда здоровью. Виновный не мог объяснить следствию мотивы совершенного преступления [6].

Ночью 25 мая 2023 года в Тимашевске (Кубань) 35-летний фельдшер из Тимашевской центральной районной больницы ехал на вызов. На улице Олимпийской, на обочине, медицинский работник заметил молодого человека без сознания. Руководствуясь своими должностными обязанностями, фельдшер начал оказывать первую медицинскую помощь, привел молодого человека в сознание, однако тот, недовольный отношением врача, сначала оттолкнул фельдшера, а затем напал, нанося удары по голове и шее. В следствие нанесенных телесных повреждений врач получил черепно-мозговую травму, сотрясение головного мозга, переломы хрящей гортани. Было возбуждено уголовное дело, молодого человека задержали, в содеянном преступлении он признался, сказал, что очнулся от действий неизвестного ему человека, подумал, что тот хочет сделать что-то плохое, из-за чего, не разобравшись, напал на фельдшера [3].

В приведенном в качестве примера случае, судебно-медицинская экспертиза ориентировалась на медицинские критерии по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью, предусмотренные п. 9 приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 №194н, из которого следует, что поверхностные повреждения (такие, как кровоподтеки, ссадины, гематомы, ушибы мягких тканей, поверхностные раны и др.) не вызывают кратковременного расстройства здоровья, не приводят к значительной стойкой утрате общей трудоспособности и, таким образом, не расцениваются как причинение вреда здоровью. Следовательно, возбудить уголовное дело по ст. 115 УК РФ было невозможно [2].

Все рассмотренные выше случаи являются примерами общей проблемы — ответственности пациентов за причинение вреда жизни или здоровью медицинских работников при исполнении ими своих должност-

ных обязанностей. Наказание за подобные случаи нападения должно быть предусмотрено следующими нормативно-правовыми актами: ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и УК РФ от 13.06.1996.

Однако на практике оба нормативно-правовых акта неспособны решить вопрос ответственности пациентов за причинение вреда медицинским работникам. Так, в ФЗ №323, который является основным в сфере охраны здоровья, не предусматривает ответственность граждан в сфере охраны здоровья. По закону в обязанности граждан входит забота о своем здоровье, прохождения медицинских осмотров и соблюдение правил пребывания в медицинских организациях. Иными словами, в ФЗ №323 не предусмотрена ответственность пациентов за причинение вреда медицинским работникам, при исполнении ими своих профессиональных обязанностей. По ФЗ №323 у врачей не так много прав, зато много обязанностей, у пациентов, напротив, много прав и мало обязанностей в сфере охраны здоровья. Это служит почвой для конфликтов, которые зачастую заканчиваются либо жалобами пациентов в различные инстанции, либо судебными разбирательствами.

Уголовным кодексом РФ от 13.06.1996 предусмотрено несколько статей, которые должны обеспечить защиту медицинских работников при причинении им вреда: ст. 105, 111, 112, 113 и 115 УК РФ. Однако проблема заключается в том, что ни в одной из перечисленных статей не предусмотрены составы, предусматривающие ответственность за нападения именно на медицинских работников. С точки зрения Уголовного кодекса, все врачи, которые подверглись нападению со стороны пациентов и получили вред здоровью различной степени тяжести, являются такими же гражданами, как и все прочие.

Наряду с этим в тех случаях, когда объективно отсутствует причинение вреда здоровью врача при нападении на него, речь о привлечении нападавшего к уголовной ответственности и возбуждении уголовного дела может и не идти.

В связи с этим в 2019 году в статью 124 УК РФ была внесена поправка: статья 124.1

УК РФ «Воспрепятствование оказанию медицинской помощи», которая должна была обеспечить защиту медицинских работников при нападении на них. Однако данная статья также показала свою несостоятельность, так как предусматривает наказание лишь для потенциального третьего лица, которое помешало медицинскому работнику оказать помощь пациенту. Не обозначено ситуаций, при которых сам пациент должен нести ответственность, если именно он является лицом, препятствующим оказанию медицинской помощи ему же самому. Более того, статья 124.1 УК РФ не защищает жизнь и здоровье медицинского работника, так как даже если третье лицо причинило вред и пациенту, и врачу, УК РФ учитывает лишь вред причиненный пациенту, но не вред, причиненный врачу.

Тема ужесточения юридической ответственности пациентов за причинение вреда здоровью медицинских работников не раз поднималась и медицинским сообществом, и юристами. Еще в 2021 году был подготовлен законопроект №1173861-7, который предусматривал особый порядок государственной защиты медицинских работников, предлагая приравнять их по статусу к сотрудникам правоохранительных органов, что в значительной мере ужесточило бы ответственность граждан за нападения на медицинских работников. В марте 2023 законопроект был одобрен в первом чтении, но потом его отправили «на доработку» и в ноябре 2023 года он был отклонен [4].

Когда в 2019 году в УК РФ была введена статья 124.1 УК РФ, на все вопросы относительно защиты врачей в случае причинения вреда их здоровью Министерство Здравоохранения РФ отвечало, ссылаясь на УК РФ. По мнению Минздрава имеющихся правовых норм достаточно для защиты прав и интересов медицинских работников. Лишь в текущем 2024 году были вновь предприняты попытки по изменению законодательного урегулирования вопроса относительно причинения вреда здоровью врачей при исполнении ими своих обязанностей. Политической партией «Новые люди» был выдвинут законопроект, который вносит изменения в статью 318 УК РФ («Применение насилия

в отношении представителя власти»). Было предложено в часть 1 настоящей статьи внести дополнение: «или в отношении сотрудника экстренных оперативных служб при исполнении им своих должностных обязанностей», который, таким образом, предусматривал защиту работников скорой медицинской помощи. Однако после мая 2024 года, когда появились первые сообщения о данном законопроекте, никакого прогресса относительно его утверждения не было [1].

Нападения на врачей, причинение вреда их здоровью и оскорбление стало практически обыденным явлением. Действующее законодательство неспособно в полной мере защитить медицинских работников от причинения вреда их здоровью случайными гражданами, пациентами или их родственниками. В связи с этим потребность ужесточения юридической ответственности граждан, включая пациентов, за причинение вреда жизни и здоровью медицинских работников, за причинение оскорблений, с течением времени только возрастает.

Мы полагаем, что в статью 27 ФЗ №323 необходимо дополнить следующим положением: «Граждане обязаны уважительно относиться к медицинским работникам и соблюдать морально-этические нормы по отношению к медицинским работникам при исполнении ими своих профессиональных обязанностей». Кроме этого, стоит внести дополнения в статью 72 данного ФЗ:

- Граждане не должны создавать препятствия медицинским работникам при оказании ими медицинской помощи.
- Медицинский работник имеет право приостановить оказание медицинской помощи, если пациент создает угрозу для жизни и здоровья медицинского работника или для других пациентов.

Помимо изменений в ФЗ №323 также необходимо внести изменения в УК РФ, а именно в статью 318, приравняв медицинских работников по статусу к работникам правоохранительных органов, причем не только работников скорой медицинской помощи, но и всех медицинских работников первичного звена системы здравоохранения, а также лечащих врачей, дежурных врачей дневных и круглосуточных стационаров.

Список литературы:

1. Блинов М. В Госдуме предложили ужесточить наказания за нападения на скорую помощь // URL: <https://ria.ru/20240515/proekt-1946269506.html?in=1> (дата обращения: 27.10.2024).
2. Гурьянов С. Врачебная сшибка: медики требуют обеспечить их безопасность законом // URL: <https://iz.ru/1615304/sergei-gurianov/vrachebnaia-sшибka-mediki-trebuiut-obespechit-ikh-bezopasnost-zakonom> (дата обращения: 27.10.2024).
3. Дело кубанца, пытавшегося задушить фельдшера скорой помощи, ушло в суд // KrasnodarMedia, 2023. URL: <https://krasnodarmedia.su/news/1572756/> (дата обращения: 27.10.2024).
4. Законопроект №1173861-7 «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”» // URL: https://sozd.duma.gov.ru/bill/1173861-7#bh_histras (дата обращения: 27.10.2024).
5. Морсина М. Проломил врачом стену: муж пациентки больницы напал на травматолога // URL: <https://ngs.ru/text/incidents/2019/01/24/65873431/> (дата обращения: 27.10.2024).
6. На Кубани будут судить пациента, который сломал нос фельдшеру «скорой» // URL: <https://medrussia.org/52875-na-kubani-budut-sudit-pacienta-kotor/> (дата обращения: 27.10.2024).
7. Сальников Н. Что известно о зверски убитом 25-летнем терапевте из Оренбурга Елене Федоровой // URL: <https://www.orenburg.kp.ru/daily/27427/4627921/> (дата обращения: 27.10.2024).
8. Тимуршина Д. В. Факторы социальных конфликтов в системе «врач-пациент» // Норма. Закон. Законодательство. Право, 2021. С. 692-696.
9. Шамардина Л. Минздрав начал собирать собственную статистику нападений на медработников // URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Minzdrav-nachal-sobirat-sobstvennuu-statistiku-napadenii-na-medrabotnikov.html> (дата обращения: 27.10.2024).

Об авторах:

Груздов Александр Юрьевич — студент 5 курса Курского государственного медицинского университета Минздрава России, Курск

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета Минздрава России, кандидат исторических наук, доцент, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Gruzdov Alexander Yurievich — 5th year student at Kursk State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kursk

Simonyan Rimma Zorikovna — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, PhD, Associate Professor, Kursk

© Груздов А. Ю., Симонян Р. З., 2024

Для цитирования:

Груздов А. Ю., Симонян Р. З. О необходимости ужесточения юридической ответственности за причинение вреда здоровью при исполнении медицинскими работниками своих должностных обязанностей // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 50-55.

For citation:

Gruzдов A. Y., Simonyan R. Z. On the need to strengthen legal liability for causing harm to health in the performance of their official duties by medical workers // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 50-55.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 9.11.2024 г.

Гурская А. В., Герасимова Т. В.

МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В статье описываются современные методы преодоления бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), таких, как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и суррогатное материнство. Особое внимание уделяется влиянию процедуры ЭКО на психическое здоровье потенциальной матери. Анализируются особенности здоровья новорождённых и возможные психоневрологические расстройства у детей, рождённых с помощью ЭКО. Рассматриваются правовые аспекты применения вспомогательных репродуктивных технологий. А также психологическая связь между матерью (суррогатной и предполагаемой) и плодом. Отмечается, что последствия суррогатного материнства для суррогатной матери, генетических родителей и ребёнка изучены недостаточно. Подчёркивается, что развитие вспомогательных репродуктивных технологий, таких как ЭКО и суррогатное материнство, с одной стороны, помогает бороться с бесплодием, но с другой — вызывает ряд проблем, связанных с моралью, правом, культурой, религией и экономикой. Эти проблемы необходимо решать для профилактики психологических, неврологических и психических отклонений у всех участников процесса: суррогатной матери, будущего ребёнка и потенциальных родителей.

Ключевые слова: суррогатное материнство, психические расстройства, медицинское право, экстракорпоральное оплодотворение, бесплодие, бесплодный брак, психическое здоровье детей

Anastasia Gurskaya, Tatyana Gerasimova

MORAL, PSYCHOLOGICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

The article describes modern methods of overcoming infertility using assisted reproductive technologies (ART), such as in vitro fertilization (IVF) and surrogacy. Particular attention is paid to the impact of the IVF procedure on the mental health of the potential mother. The health characteristics of newborns and possible psychoneurological disorders in children born with the help of IVF are analyzed. The legal aspects of the use of assisted reproductive technologies are considered. As well as the psychological relationship between the mother (surrogate and intended) and the fetus. It is noted that the consequences of surrogacy for the surrogate mother, genetic parents and the child have not been sufficiently studied. It is emphasized that the development of assisted reproductive technologies, such as IVF and surrogacy, on the one hand, helps to combat infertility, but on the other hand, it causes a number of problems related to morality, law, culture, religion and economics. These problems need to be addressed to prevent psychological, neurological and mental disorders in all participants in the process: the surrogate mother, the future child and potential parents.

Keywords: surrogacy, mental disorders, medical law, in vitro fertilization, infertility, infertile marriage, mental health of children

Более 180 млн. пар во всем мире страдают от первичного или вторичного бесплодия. Достижения в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) сделали реальной перспективу родительства для многих страдающих бесплодием женщин. К ним относятся «все методы лечения и процедуры, которые включают в себя манипуляции *in vitro* с человеческими ооцитами, спермой и эмбрионами с целью добиться наступления беременности. Эти методы включают в себя, в частности, оплодотворение *in vitro* и перенос эмбрионов, гамет, зигот в фаллопиевы трубы, криоконсервацию гамет и эмбрионов, донорство ооцитов и эмбрионов и суррогатное материнство» [1]. Однако практика их применения породила множество проблем.

В плане правового вопроса в Российской Федерации использование вспомогательных репродуктивных технологий регулируется Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в силу 21 ноября 2011 года. Впоследствии были приняты дополнительные нормативные акты, направленные на реализацию положений этого закона [2].

В результате появления этих нормативных актов были решены многие проблемы, связанные с применением закона, которые возникли из-за устаревшего законодательства в этой области. Кроме того, были определены ключевые понятия, которые имеют большое значение для этой сферы и требуют чёткого толкования. В частности, было дано определение вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства. Это, безусловно, является положительным аспектом действующего законодательства. Однако определение вспомогательных репродуктивных технологий, закреплённое в законе, не является оптимальным и требует доработки.

В Федеральном законе №323-ФЗ расширен список субъектов, которые имеют право использовать вспомогательные репродуктивные технологии. В него включены как состоящие в браке, так и не состоящие в браке мужчины и женщины, а также одинокие женщины. Однако одинокие мужчины

по-прежнему не имеют права использовать вспомогательные репродуктивные технологии, что нарушает принцип равенства прав мужчин и женщин, закреплённый в части 3 статьи 19 Конституции Российской Федерации [2].

В настоящее время существует ряд нерешённых вопросов, связанных с применением вспомогательных репродуктивных технологий. В частности, не до конца определён возраст женщины, желающей воспользоваться методами искусственного оплодотворения. В Федеральном законе №323 не указан возрастной предел для пары или одинокой женщины, которые хотят воспользоваться ВРТ.

Мы считаем необходимым установить возрастные ограничения для женщин, желающих воспользоваться методами ВРТ, поскольку это специальные методы, которые представляют собой сложное медицинское вмешательство.

Ещё одна проблема, не урегулированная законодательством, — это условия, при которых можно получить доступ к методам вспомогательной репродукции. В пп. а) п. 10 раздела II Оказание медицинской помощи с использованием ВРТ приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 года №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» в качестве показания для проведения программы ЭКО указано: неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше.

Однако в специализированные клиники часто обращаются женщины, у которых формально нет бесплодия, но они по каким-то причинам не смогли создать семью, хотя хотят родить своего ребёнка. На наш взгляд, в соответствующем нормативном акте должны быть определены социальные показания для применения ВРТ.

Важно отметить, что в законодательстве произошли изменения, которые упростили доступ к методам искусственной репродукции для ВИЧ-инфицированных и онкологических больных. Ранее злокачественные

новообразования, в том числе в анамнезе, были противопоказанием для проведения ЭКО. Мы положительно оцениваем эти изменения в законодательстве, поскольку они позволяют этим людям реализовать своё право иметь детей.

В соответствии с Федеральным законом №323, граждане имеют право на сохранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов путём криоконсервации. Однако для проведения этой процедуры необходимо использовать личные средства или средства, предусмотренные законодательством Российской Федерации [2]. На наш взгляд, было бы целесообразно предоставить государственные гарантии доступа к этой услуге для определённых категорий граждан, например, для людей, страдающих онкологическими заболеваниями.

Кроме того, необходимо внести изменения в Семейный кодекс Российской Федерации, чтобы устранить пробел в законодательстве, касающийся оспаривания происхождения ребёнка, рождённого в браке с применением методов вспомогательной репродукции. В настоящее время в Семейном кодексе РФ есть запрет для супруга, давшего согласие на использование методов искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, ссылаться на эти обстоятельства при оспаривании отцовства. Однако в кодексе не упоминается об отсутствии возможности оспаривания материнства женщины, давшей согласие на использование вспомогательных репродуктивных технологий, но фактически не являющейся матерью рождённого ребёнка. Это упущение со стороны законодателя.

Также следует рассмотреть вопрос об установлении или оспаривании происхождения ребёнка, рождённого вне брака с применением вспомогательных репродуктивных технологий. В этом случае презумпция отцовства не действует. Согласно Семейному кодексу РФ, отцовство лица, не состоящего в браке с матерью ребёнка, устанавливается путём подачи совместного заявления отцом и матерью ребёнка или по решению суда [4]. Однако, что делать, если мужчина, давший согласие на оплодотво-

рение донорской спермой, отказывается признавать ребёнка, рождённого в результате применения этой технологии? Или он изначально признаёт ребёнка, но впоследствии оспаривает своё отцовство из-за отсутствия генетического родства? Законодательство РФ не даёт ответа на этот вопрос.

Кроме того, необходимо рассмотреть возможность установления происхождения ребёнка при реализации посмертных репродуктивных программ. Возможность осуществления посмертной репродукции породила множество правовых вопросов, на которые действующее законодательство не даёт ответов. Например:

- Кто может воспользоваться генетическим материалом лица, сданным на хранение в криобанк, после его смерти?
- Кто должен быть записан в качестве родителей ребёнка при осуществлении посмертных программ — лица, заключившие договор суррогатного материнства с суррогатной матерью, или генетический отец, или мать, умершие до зачатия ребёнка?

Также следует рассмотреть возможность установления отцовства (материнства) донора половых клеток. Теоретически возникновение спора об установлении отцовства (материнства) донора половых клеток возможно, и препятствий для этого в законодательстве нет. Однако, прежде всего, для защиты детей, появившихся на свет в результате применения методов искусственной репродукции, а также для защиты прав и интересов лиц, воспользовавшихся вспомогательными репродуктивными технологиями, необходимо законодательно установить запрет донорам репродуктивных тканей при оспаривании отцовства (материнства) ссылаться на факт генетического родства с ребёнком, рождённым в результате использования их биологического материала.

В Российской Федерации был выявлен особый правовой статус детей, рождённых с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В частности, было установлено, что право знать своё происхождение вступает в противоречие с правом донора на анонимность.

В Приказе №803н МЗ РФ закреплена возможность как анонимного, так и не анонимного донорства ооцитов и спермы. Однако, согласно ч. 8 ст. 55 Федерального закона №323, при использовании донорского биологического материала граждане имеют право на получение ограниченного объема информации. Таким образом, законодательно не существует различий между анонимным и не анонимным донорством, так как перечень предоставляемых сведений в обоих случаях одинаков [2-3].

Из этого следует, что в России ребёнок, зачатый с помощью ВРТ, не имеет права на получение информации о своём происхождении, независимо от того, был ли биологический материал сдан анонимно или нет. Мы считаем, что если донор сдал половые клетки анонимно, то раскрытие информации о нём недопустимо, так как это нарушает его право на конфиденциальность.

Говоря о правовом статусе ребёнка, рождённого с помощью ВРТ, нельзя не упомянуть наследование. Современные репродуктивные технологии позволяют зачать ребёнка после смерти человека, если его генетический материал был подвергнут криоконсервации и использован для зачатия. Это ставит перед наследственным правом новый вопрос: возможно ли включить такого ребёнка в круг наследников? Важно обратить внимание на статью 116 Гражданского кодекса РФ, которая гласит, что к наследованию могут быть призваны граждане, зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства. Поэтому для решения вопроса о круге наследников необходимо определить момент зачатия ребёнка, который при использовании ВРТ может быть связан с моментом инсеминации [5].

Таким образом, можно сделать вывод, что рождение ребёнка с помощью вспомогательных репродуктивных технологий порождает множество правовых проблем, связанных с установлением его происхождения, которые требуют скорейшего законодательного разрешения.

Однако врачи-репродуктологи рассматривают лечение с использованием ВРТ исключительно в положительном свете — как

метод, ведущий к наступлению беременности. Как правило, ими игнорируются потенциально негативные психические последствия, связанные с неудачными попытками ЭКО. Лечение методом ВРТ связано с ежедневными процедурами: инъекциями для стимуляции овуляции, вагинальным ультразвуковым исследованием, болезненными манипуляциями по аспирации ооцитов, которые сами по себе представляют определенные сложности, как в психическом, так и в физическом плане. Сами же бесплодные пациентки возлагают большие надежды на положительный результат терапии и испытывают разочарование в случае неудачи. К другим психопатологическим проявлениям стресса при неудачной терапии бесплодия относятся гнев, чувство бессилия, разочарования, вины, снижение энергетического потенциала, рост заболеваемости психическими расстройствами. Несмотря на существующие проблемы в области ВРТ, в мире с помощью ЭКО родилось более 7 млн. человек, а сама процедура стала рутинной.

Особый блок проблем ВРТ связан с использованием технологии суррогатного материнства. Суррогатное материнство — это «использование биологических материалов предполагаемых родителей и искусственное оплодотворение половых клеток предполагаемых родителей; полученный в результате оплодотворения эмбрион имплантируется в матку гестационного курьера (суррогатной матери)» [6]. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от 20 до 35 лет, имеющая как минимум одного собственного ребенка, медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья и давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. На сегодняшний день суррогатное материнство признается рядом стран, однако, отношение к нему неоднозначное. Канада, Великобритания, Австралия, Израиль разрешают некоммерческое суррогатное материнство. В Российской Федерации, Украине, Республике Казахстан, Белоруссии, Грузии, ЮАР, большинстве штатов США суррогатное материнство разрешено и законодательно закреплено. Австрия, Германия, Франция, отдельные

штаты США (Аризона, Нью-Джерси, Мичиган), Швеция, Норвегия законодательно запрещают суррогатное материнство. Отсутствие международного законодательства в области регулирования ВРТ, в частности, суррогатного материнства, влечет за собой такие явления, как медицинский туризм и эксплуатация малообеспеченных, социально незащищенных женщин.

В Российской Федерации существуют значительные пробелы и недостатки в законодательном регулировании суррогатного материнства. Речь идет о защите прав детей, рожденных суррогатной матерью, поскольку в настоящее время первоочередной задачей выступает защита прав и интересов суррогатной матери. Описаны случаи отказа генетических родителей от ребенка, рожденного суррогатной матерью, по разным причинам: из-за их легкомыслия и незрелости, наступившей беременности генетической матери, многоплодной беременности суррогатной матери, наличия у рожденных детей физических недостатков. Во всех этих случаях дети оставались сиротами [7]. Для решения этой проблемы необходимо дальнейшее совершенствование законодательства в области суррогатного материнства. Это может включать в себя установление более строгих требований к генетическим родителям, а также создание системы поддержки для семей, которые столкнулись с трудностями после рождения ребёнка с помощью суррогатной матери.

Таким образом, проблема отказа генетических родителей от детей, рожденных суррогатными матерями, требует комплексного подхода и совместных усилий со стороны государства, медицинских учреждений и общественных организаций. Только так можно обеспечить защиту прав и интересов детей, рожденных с помощью суррогатного материнства, и предотвратить их сиротство.

В рамках анализа проблем использования суррогатного материнства интересно рассмотреть такой аргумент его противников, как нарушение психологической связи, возникающей между матерью и ребенком в процессе беременности. Европейские и американские исследователи предпринима-

ли попытку раскрыть особенности такой связи. При помощи шкалы привязанности матери и плода они исследовали особенности такой связи для 21 суррогатной матери и 21 будущей матери в США и обнаружили, что суррогатные матери были значительно менее привязаны к нерождённому ребенку, чем предполагаемые. Также было установлено, что суррогатные матери значительно меньше заботятся о здоровье и благополучии плода и менее позитивно относятся к нему, чем предполагаемые матери. Последующее отлучение суррогатной матери от новорожденного ребенка объясняет ее рискованное поведение во время беременности — курение, неправильное питание и т. д. [8]. Также результаты исследований в США и Великобритании многократно свидетельствовали о том, что большинство суррогатных матерей не испытывают проблем с передачей ребенка [8]. Было высказано предположение, что они предпринимают сознательные усилия для расценивания суррогатного материнства как работы и не считают ребенка своим собственным [8]. Оплата в суррогатном материнстве является фактором, способствующим созданию эмоциональной дистанции между суррогатной матерью и развивающимся плодом [8].

В Российской Федерации ситуация несколько сложнее. Из-за особенностей национального характера русских женщин они часто привязываются к плоду и не всегда готовы отказаться от родившегося ребёнка. Хотя в законодательстве и предусмотрен договор, в нём есть небольшая лазейка, которая позволяет суррогатной матери выиграть суд и оставить ребёнка себе. Это положение мы считаем устаревшим и ущемляющим права биологических родителей ребёнка.

Актуальными являются вопросы физического и психического развития детей, рожденных при помощи ВРТ. В Астрахани с 2018 по 2020 год было проведено исследование детей, зачатых и рожденных после процедуры ЭКО, и включало анализ 55 клинических случаев [9]. Целями исследования были:

- Оценка гестационного возраста, массы и длины тела при рождении, оценки по шкале Апгар.

- Изучение наличия или отсутствия у недоношенных детей ретинопатии, бронхолёгочной дисплазии и перинатальных поражений центральной нервной системы.
- Анализ акушерского и соматического анамнеза матерей.
- Исследование данных инструментальных и лабораторных методов.

Результаты были такие, что из 40 беременностей, завершившихся рождением 55 детей, 25 были одноплодными, 15 — многоплодными. В 20 случаях беременность осложнилась токсикозом, из них в 1 случае был установлен диагноз «преэклампсия». У 5 матерей был выявлен гестационный сахарный диабет. Во время беременности 10 матерей перенесли острое респираторное заболевание, кроме того, у них был установлен факт носительства цитомегаловируса и вируса простого герпеса.

Многоплодные беременности в большинстве случаев завершились рождением недоношенных, маловесных детей с низкой оценкой по шкале Апгар при рождении.

Максимальный срок гестации составил 40 недель, минимальный — 25 недель. Средний срок гестации равнялся 31,55 недель.

Показатели детей при рождении:

Доношенными родились только 30% детей, а в 70% случаев наблюдались различные степени недоношенности (от II до IV степени по классификации А. И. Хазанова).

Малую массу тела (менее 2500 г) имели 16 детей. Из них шестеро родились с низкой массой тела — от 1500 до 2500 г; 8 — с очень низкой массой тела (1000–1500 г); двое имели экстремально низкую массу тела (менее 1000 г). Средняя масса тела при рождении составила 1721 г.

Длина тела варьировала от 52 до 32 см. В среднем этот показатель составил 40,7 см. Показатель окружности головы в среднем составил 29,3 см.

У всех детей были диагностированы последствия перинатального поражения ЦНС, у 10 детей гипоксически-геморрагического характера (две недоношенные девочки, рождённые на 25-й и 29-й неделях гестации). У остальных детей выявлена задержка моторного развития.

Патология головного мозга сопровождалась изменениями, наблюдаемыми при нейросонографии (НСГ) у 47 детей: расширение межполушарной щели и субарахноидального пространства, снижение мозгового кровотока.

У 51 ребёнка при аускультации сердца был выявлен систолический шум. По данным эхокардиоскопии у всех детей обнаружены малые аномалии развития сердца, а именно — открытое овальное окно.

У большинства недоношенных детей отмечалось развитие бронхолёгочной дисплазии, которая осложнялась дыхательной недостаточностью (43%).

Поражение сетчатки (ретинопатия и преретинопатия недоношенных) наблюдалось у 70% от всех недоношенных и в 51% случаев от всех наблюдений. Трём детям выставлен диагноз «ретинопатия III степени» с последующим проведением лазерной коагуляции сетчатки обоих глаз.

По данным лабораторных методов исследования у 44 (80%) новорождённых была выявлена дефицитная анемия различной степени тяжести [9].

Таким образом, дети, рождённые посредством ЭКО, имеют особенности развития, которые требуют организации постоянного и мультидисциплинарного медицинского наблюдения.

Кроме медицинских существуют большое количество моральных, социальных и юридических проблем, связанных с особенностями самой технологии ЭКО. В процессе оплодотворения *in vitro* создается до нескольких десятков эмбрионов, после чего выбираются два-три лучших и имплантируются в матку женщины, а остальные уничтожаются или криоконсервируются. И здесь остро стоит проблема морального статуса эмбриона. Этот вопрос тесно связан с вопросом о правах человека, поскольку эмбрион, как потенциальный человек, может быть наделен частью прав. Моральная оправданность процедуры ЭКО тесно перекликается с отношением к ней религии, согласно догматам которой человек возникает с момента зачатия, и уничтожение «лишних» эмбрионов в христианских религиях может рассматриваться как убийство. В

соответствии с этим был декларирован так называемый «критерий пятнадцатого дня», признанный многими странами Европы и нашедший свое отражение в литературе по биоэтике. Согласно данному критерию, 2,5–3-недельный эмбрион, образовавшийся после слияния половых клеток, еще не является человеком, «это скопление клеток, имеющее потенциал им стать, называемое пре-эмбрион». Разрушить, криоконсервировать или имплантировать в матку пре-эмбрион возможно лишь в первые 14 дней после его создания. Растить его более 14 дней и затем разрушать было признано этически неприемлемым [10]. Также в контексте моральной допустимости ЭКО становятся вопросы их применения в нетерапевтических целях. Речь идет о так называемых семейных практиках «co-parenting», когда определен-

ная группа людей (гомосексуальная пара и одинокая женщина) объединяется для рождения ребенка посредством вспомогательной репродукции. Особенностью такой практики является необязательное присутствие супружеских, сексуальных или романтических отношений между партнерами. Однако интересы сторон соотносятся в вопросах воспитания, образования, финансового статуса предполагаемого ребенка [10].

Таким образом, развитие вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО и суррогатного материнства), с одной стороны, помогает бороться с бесплодием, а с другой — влечет за собой целый ряд проблем (морально-этических, юридических, культурно-религиозных, социально-экономических, нейропсихиатрических), которые не имеют однозначного решения.

Список литературы:

1. Исупова О. Г. Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности // Демографическое обозрение. 2017. Т. 4. №1. С. 35-64.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (последняя редакция) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 15.10.2024).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 года №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_365474/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbbiddafaddf518/ (дата обращения: 15.10.2024).
4. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 №223-ФЗ (ред. от 31.07.2023) (с изм. и доп., вступ. в силу с 26.10.2023) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (дата обращения: 15.10.2024).
5. «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть третья)» от 26.11.2001 №146-ФЗ (ред. от 08.08.2024) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34154/ (дата обращения: 15.10.2024).
6. Брюхина Е. Р., Трясцина О. С. Суррогатное материнство: «за» и «против». Проблемные вопросы нормативного регулирования // Вестник ПГГПУ. Серия №3. Гуманитарные и общественные науки. 2020 г. С. 164-174.
7. Бурдо Е. П. Понятие суррогатного материнства и его правовое регулирование // Пробелы в российском законодательстве. 2014. №4. С. 54-56.
8. Савеньшева С. С. Влияние состояния и отношения к ребенку матери в период беременности на последующее психическое развитие ребенка: анализ зарубежных исследований // Интернет-журнал «Мир науки», 2018 №1, <https://mir-nauki.com/PDF/14PSMN118> (дата обращения: 15.10.2024).

9. Проватар Н. П. с соавт. Анализ состояния здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // *Лечащий врач*. 2022. Т. 25. №5-6. С. 54-56.
10. Саввина О. В. Дискурс о моральной оправданности и регулировании медицинских биотехнологий (на примере экстракорпорального оплодотворения) // *Этическая мысль*. 2019. Том 19. №1. С.104-117.

Об авторах:

Гурская Анастасия Валерьевна — студент 3 курса специалитета, факультет «Лечебное дело» Амурской государственной медицинской академии Минздрава России, Благовещенск, ana.gubenko@mail.ru

Герасимова Татьяна Викторовна — старший преподаватель кафедры философии, истории Отечества и иностранных языков Амурской государственной медицинской академии Минздрава России, Благовещенск, timoshenko-72@inbox.ru

Anastasia Valerievna Gurskaya — 3rd year student of the speciality, Faculty of Medicine, Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, Blagoveshchensk

Tatyana Viktorovna Gerasimova — senior lecturer of the Department of Philosophy, History of the Fatherland and Foreign Languages of the Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Blagoveshchensk

© Гурская А. В., Герасимова Т. В., 2024

Для цитирования:

Gurskaya A. V., Gerasimova T. V. Морально-психологические и правовые аспекты применения вспомогательных репродуктивных технологий // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). P. 56-63.

For citation:

Gurskaya A. V., Gerasimova T. V. Moral, psychological and legal aspects of the use of assisted reproductive technologies // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 56-63.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.10.2024 г.

Довнар А. Н.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭВТАНАЗИИ В РОССИИ: ЗАПРЕТИТЬ, НЕЛЬЗЯ РАЗРЕШИТЬ

В предпринятом исследовании рассматривается проблематика легализации эвтаназии в России, автором приводятся диаметрально противоположные позиции отечественных ученых по отношению к неестественному умиранию пациента, который находится на грани между жизнью и смертью, также высказываются собственные аргументы исследователя о невозможности законодательного дозволения на проведение медицинского вмешательства с целью лишения человека жизни на современном этапе развития правовой системы в нашей стране.

Ключевые слова: медицинское право, эвтаназия, легализация эвтаназии, запрет эвтаназии, эвтаназия в России, права пациента, отношение к эвтаназии

Alexey Dovnar

LEGAL REGULATION OF EUTHANASIA IN RUSSIA: PROHIBIT, CANNOT PERMIT

The undertaken study examines the problem of legalization of euthanasia in Russia, the author presents diametrically opposed positions of domestic scientists in relation to the unnatural dying of a patient who is on the verge between life and death, and also expresses the researcher's own arguments about the impossibility of legislative permission to carry out medical intervention with the purpose of depriving a person of life at the current stage of development of the legal system in our country.

Keywords: medical law, euthanasia, legalization of euthanasia, ban on euthanasia, euthanasia in Russia, patient rights, attitude towards euthanasia

Выведенное в наименование исследования явление, ожидаемо, отнюдь не сегодня появилось, впервые будучи обозначенным историком Гаем Светонием Транквиллом как состоявшееся действие в Древнем Риме при правлении Октавиана Августа, сильно позднее, в XVII веке, философом Френсом Бэконом оно получит терминологическое раскрытие через характеристику безболезненной смерти, призванной облегчить физические страдания тела человека [7, с. 85]. Современные нам термины эвтаназии отличаются сосредоточением своего внимания на свойственных данному процессу аспектах, реализация которых так или иначе, но приводит к смерти, разнясь лишь в придании понятию дополнительных черт: необратимость исхода, безболезненность процедуры для пациента и сознательность

действий того, кто совершает умерщвление [5, с. 18].

Сколь давно существует эвтаназия (а, смеем утверждать, ретроспектива у нее весьма большая [16, с. 63]), столь продолжительное время в научном дискурсе разворачивается полемика о (не)возможности одобрения на морально-этическом и (или) правовом уровне, последующего внедрения в клиническую практику и, что немаловажно, неизбежности несения юридической ответственности или освобождения от таковой за неестественное умирание человека. Вариативность поддержки или, напротив, оппонирования той или иной точки зрения зависит от очень и очень многих факторов, главным из которых, на наш взгляд, выступает приверженность исследователей собственным принципам. Сперва считаем

правильным разграничить подходы, которые сложились в отношении эвтаназии, а затем раскрыть вариации точек зрения на перспективу ее легализации.

В общем и, надо сказать, самом пространном понимании эвтаназия разграничивается на активную и пассивную с детализацией двух приведенных видов на четыре типа анализируемой процедуры:

1. активная добровольная эвтаназия;
2. активная недобровольная эвтаназия;
3. пассивная добровольная эвтаназия;
4. пассивная недобровольная эвтаназия.

Если раскрывать два больших вида запрещенной в нашей стране процедуры, то мы приходим к выводу, что определяющим в активной эвтаназии является воля врача, в пассивной — воля пациента [15, с. 87]. При этом реализуется воля врача и пациента по-разному: при активной эвтаназии медицинский работник совершает манипуляции, ускоряющие смерть пациента, а при пассивной — напротив, не предпринимает действий для продления и поддержания жизни человека; что касается воли пациента, то о добровольности выбора эвтаназии нам свидетельствует прижизненное согласие больного на его умерщвление, а об отсутствии такового — проведение эвтаназии по воле или с согласия родственников или законного представителя пациента [9, с. 10].

Несмотря на законодательно установленный в России запрет совершать эвтаназию¹ под каким бы то ни было предлогом или обоснованием, правовая доктрина и по сей день отражает весьма и весьма разные воззрения отечественных ученых на неестественное, по нашему мнению, умирание больного, даже если учесть, что у него диагностированное неизлечимое заболевание. Традиционно в дискурсе представлены диаметрально противоположные точки зрения: за легализацию эвтаназии и против нее, а также предложения, которые выступают альтернативой к наиболее распространенным подходам.

В настоящее время можно говорить не только о явном присутствии эвтаназии в общественном дискурсе, но и об активном процессе её правового закрепления в законодательстве ряда государств. Следует признать, однако, что второе обусловлено отнюдь не влиянием подавляющего большинства сторонников лишения человека жизни, говорить о котором достаточно проблематично, а, скорее, влиянием сочетания иных социальных, экономических и политических явлений и процессов, реализованным с участием определённого пула акторов в политической, общественной и научной среде.

Так на заре нынешнего века Ю. А. Дмитриев и Е. В. Шленева отметили, что конституционное установление права на жизнь логически означает юридическое закрепление права человека на смерть [3, с. 52]. Их точку зрения поддержал С. Э. Мустафаев, который, однако, призвал не абсолютизировать право на жизнь или право на смерть, ведь применительно к эвтаназии говорится не о праве каждого на смерть, а о таком праве именно у безнадежно больных, для которых каждый прожитый день — это непереносимые муки [10, с. 133]. В свою очередь В. Г. Сапожников пишет о необходимости предоставить пациенту истинную информацию о его заболевании, организовать обязательную предварительную консультацию с психотерапевтом, гарантировать безболезненность кончины, обеспечить присутствие при этом работников прокуратуры, родственников [13, с. 16]. Наконец, Д. Д. Архипов и Ю. Ю. Гарцева считают, что следует на законодательном уровне урегулировать разграничение активной и пассивной эвтаназии, а также закрепить форму и условия сделки по проведению процедуры эвтаназии [2, с. 45].

Среди противников эвтаназии наличествует мнение, в силу которого легализация эвтаназии руками врачей — это явление, взаимоисключающее существующий запрет для врачей убивать своих пациентов, о чем пишут Е. О. Парахина, Е. Н. Михайлова, И. В. Михайлов, отмечая, что даже в условиях волевого, добровольного, длительно обдумываемого решения (надо

1 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

полагать, речь идет о дилемме, сохранять жизнь или прервать её посредством эвтаназии — примечание А.Н. Довнара), при наличии заведомо неизлечимой патологии, стремительно приближающей время ухода из жизни, решение принимает не пациент, а его болезнь [12, с. 7]. Аналогичной позиции о недопустимости эвтаназии придерживаются А. М. Магомедова, М. А. Багатов, Т. М.-С. Магомедов, недвусмысленно апеллирующие к тому, что эвтаназия стирает без того тонкие грани между моральными, духовными ценностями и неприкосновенностью жизни человека, что может способствовать усилению роли активной, даже в некотором роде принудительной эвтаназии [8, с. 100]. Заявляя несогласие с перспективой легализации эвтаназии, Р. Р. Шайхутдинова солидаризируется с О. С. Капинус и предлагает отнести эвтаназию к привилегированным составам убийства [17, с. 74]. Интересно, что М. В. Лифанова уверяет: легализация эвтаназии в России не будет способствовать решению вопросов, с нею связанных, аргументируя свою позицию через перечисление тех проблем, которые возникнут после ее внедрения в клиническую практику: противоречия социально-экономического плана, связанные с прекращением лечения тяжелобольных людей по финансовым причинам; проблемы медико-социального характера, в частности связанные с определением понятий «неизлечимость заболевания» и «испробованность всех средств» при его лечении [6, с. 172].

В качестве альтернативы двум диаметрально противоположным подходам по легализации и, напротив, сохранению запрета на эвтаназию можно охарактеризовать практику «суицидального туризма», которая, по мнению Г. В. Елисеевой, постоянно расширяется [4, с. 35]. Надо полагать, это имеет место, что подтверждается «путешествиями смерти» в Швейцарию, как сообщают А. В. Сенатов, Ю. А. Сенатов, Е. В. Кравченко, не просто реализуемые на практике, но и претендовавшие на запатентованность: «в Патентное бюро России была подана заявка на регистрацию товарного знака «Эвтаназия-тур». Предпри-

ниматели предлагают совершить поездку в Швейцарию для обеспечения законного ухода из жизни. Стоимость услуги — 5000 евро с человека за поездку» [14, с. 23]. Принимая во внимание, что результатом таких поездок становится умерщвление человека, альтернативой, будь то легализации или сохранению запрета эвтаназии в чистом виде, конечно, признать нельзя, тем не менее характер альтернативности здесь прослеживается вне теоретических рамок, установленных законодателем, а на практике.

В завершение исследования обозначим собственную позицию по заявленной проблематике. Разумеется, мы однозначно выступаем за сохранение запрета проведения эвтаназии в пределах Российского государства, поскольку в нашей стране провозглашена и реализуется политика по сохранению традиционных духовно-нравственных ценностей, где первенствующей из них в указе Президента России от 09.11.2022 №809 обозначена жизнь², а с опорой на конституционные положения³ мы должны сказать о важности совместных трудов всех заинтересованных институций по созиданию достойной жизни сограждан, где эвтаназия видится нам «простым способом» уменьшить нагрузку на систему здравоохранения, вынужденную поддерживать жизнь приговоренных своей нозологией к скорой смерти. Но это точно не выход! Естественно, в контексте президентского указа нельзя не солидаризироваться с, если хотите, возвышающимся день ото дня голосом совести значительной части общества — Русской

2 Указ Президента России от 09.11.2022 №809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» // Собрание законодательства Российской Федерации, 14.11.2022, №46, ст. 7977.

3 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ, от 14.03.2020 №1-ФКЗ, от 04.10.2022 №5-ФКЗ, от 04.10.2022 №6-ФКЗ, от 04.10.2022 №7-ФКЗ, от 04.10.2022 №8-ФКЗ) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102027595> (дата обращения: 06.10.2022).

Православной Церковью, которая еще в 2000 году в Основах социальной концепции [11] однозначно констатировала невозможность изменения траектории отношения к эвтаназии. Обозначенная позиция неизменна и сегодня, когда нередко случаи выздоровления «неизлечимо больных» пациентов [1, с. 19], которые могли бы лишиться реализации своего права на жизнь при применении к ним эвтаназии.

Подводя итог, отметим: процедура эвтаназии, направленная на прерывание человеческой жизни, представляет собой сложное

и многогранное явление, которое выходит далеко за пределы юридических и медицинских категорий. Тем не менее многоаспектность и сложность анализируемого медицинского вмешательства не должна нивелировать порывы научного сообщества искать решение выведенной в наименование исследования проблематики, поскольку не исключено нахождение не только точек соприкосновения позиций, но и, что гораздо важнее, консенсуса, который будет отвечать интересам конкретной личности, общества и государства в совокупности.

Список литературы:

1. Агамиров К. В. Эвтаназия преступление или акт милосердия: взаимодействие права и этики // Образование. Наука. Научные кадры. 2021. №2. С. 17-19.
2. Архипов Д. Д. и Гарцева Ю. Ю. Гражданско-правовое регулирование эвтаназии на территории Российской Федерации // Вестник Уфимского юридического института МВД России. 2023. №3 (101). С. 41-46.
3. Дмитриев Ю. А., Шленева Е. В. Право человека в Российской Федерации на осуществление эвтаназии // Государство и право. 2000. №11. С. 52-59.
4. Елисеева Г. В. Эвтаназия: отечественный и зарубежный опыт правового регулирования // Сибирское юридическое обозрение. 2022. Т. 19. №1. С. 23-38.
5. Коробеев А. И. Простое убийство и сложности его квалификации // Уголовное право. 2001. №2. С. 16-19.
6. Лифанова М. В. Убийство по просьбе потерпевшего: этико-правовые вопросы эвтаназии. Правовое государство: теория и практика. 2023. №3 (73). С. 168-174.
7. Лоба В. Е. Эвтаназия: историко-правовой аспект // Философия права. 2019. №1 (88). С. 85-90.
8. Магомедова А. М., Багатов М. А., Магомедов Т. М.-С. Проблемы легализации эвтаназии: сравнительно-правовой аспект // Вестник Дагестанского государственного университета. Серия 3. Общественные науки. 2020. Т. 35. Вып. 3. С. 96-101.
9. Момотов В. В. Биоэтика в контексте законодательства и правоприменения (эвтаназия) // Lex russica. 2019. №10 (155). С. 9-15.
10. Мустафаев С. Э.-Оглы. Эвтаназия: легализация и уголовная ответственность // Актуальные проблемы российского права. 2016. №3 (64). С. 130-135.
11. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // Официальный портал Русской Православной Церкви Московского Патриархата // URL: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html> (дата обращения: 19.12.2024).
12. Парахина Е. О., Михайлова Е. Н., Михайлов И. В. [и др.]. Эвтаназия: право на жизнь или смерть? // Паллиативная медицина и реабилитация. 2015. №1. С. 5-7.
13. Сапожников В. Г. О введении эвтаназии в России // Врач. 2018. №5. С. 13-16.
14. Сенатов А. В., Сенатов Ю. А., Кравченко Е. В. Запрет эвтаназии как обязанность жить // Тихоокеанский медицинский журнал. 2022. №4. С. 19-24.

15. Смолькова И. В., Исаев Ю. С., Ободенко Н. П. Эвтаназия в российском правовом поле: вопросы теории и практики // Всероссийский криминологический журнал. 2013. №4. С. 86-93.
16. Чернышева Ю. А. Причинение смерти лицу по его просьбе (эвтаназия): уголовно-правовое, уголовно-политическое, криминологическое и социально-правовое исследование: дис. ... канд. юрид. наук. Елец, 2009. 224 с.
17. Шайхутдинова Р. Р. Этико-правовые вопросы эвтаназии // Право и современные государства. 2018. №6. С. 66-75.

Об авторе:

Довнар Алексей Николаевич — юрисконсульт Центра правовых экспертиз и сопровождения образовательной деятельности Дирекции по правовым вопросам Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, adovnar@hse.ru

Alexey Nikolaevich Dovnar — counsel of the Center for Legal Expertise and Support of Educational Activities of the Directorate for Legal Affairs of the National Research University Higher School of Economics, Moscow

© Довнар А. Н., 2024

Для цитирования:

Довнар А. Н. Правовое регулирование эвтаназии в России: запретить, нельзя разрешить // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 64-68.

For citation:

Dovnar A. N. Legal regulation of euthanasia in Russia: prohibit, cannot permit // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 64-68.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2024 г.

Калинина М. А., Ширяева К. С.

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В статье рассматриваются вопросы охраны психического здоровья законодательством Российской Федерации. Проводится анализ законов, содержащих положения, которые прямо или косвенно касаются вопросов охраны психического здоровья. Кроме того, в статье рассматриваются недостатки имеющегося законодательства в области охраны психического здоровья. Особое внимание уделяется вопросам защиты психического здоровья граждан от пагубного воздействия рекламы и вопросам защиты психического здоровья детей.

Ключевые слова: уголовное право, административное законодательство, гражданское право, психическое здоровье, реклама, психология рекламы, защита психического здоровья

Maria Kalinina, Kristina Shiryayeva

MENTAL HEALTH PROTECTION IN THE LEGISLATION OF THE RUSSIAN FEDERATION

The article deals with the issues of mental health protection by the legislation of the Russian Federation. The article analyzes the laws containing provisions that directly or indirectly relate to the issues of mental health care. In addition, the article considers the shortcomings of the existing legislation in the field of mental health protection. Special attention is paid to the issues of protecting the mental health of citizens from the harmful effects of advertising and the issues of protecting the mental health of children.

Keywords: criminal law, administrative law, civil law, mental health, advertising, psychology of advertising, mental health protection

*Здоровье — бесценный дар природы,
оно даётся, увы, не навечно, его надо беречь.*

И. П. Павлов

Психическое здоровье — это неотъемлемая часть хорошего состояния человека, которая включает в себя несколько аспектов, такие как: эмоциональное, психологическое и социальное благополучие. Оно играет важную роль в нашей жизни, поскольку влияет на наши мысли и действия, обуславливает наше поведение в стрессовых ситуациях.

Психическое здоровье имеет большое значение не только для благополучия конкретного человека, но и для здоровья общества в целом. Высокий уровень психического здоровья нашего общества способствует

его развитию, а именно улучшению качества жизни, экономическому росту и снижению количества противоправных действий в обществе. Напротив, низкий уровень психического здоровья может приводить к различным психическим расстройствам, зависимостям, которые в будущем могут стать причиной различных преступлений. В современном обществе люди сталкиваются с большим количеством стрессовых факторов, которые могут пагубно влиять на психоэмоциональное состояние людей, поэтому охрана психического здоровья становится наиболее значимой.

Конституция Российской Федерации — главный нормативно-правовой акт, который не только закрепляет государственный строй страны, но и гарантирует права и свободы человека. В ч. 1 ст. 41 Конституции РФ¹ говорится, что «...каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». Данная статья в главном документе нашей страны подтверждает, что здоровье всех лиц, пребывающих на территории Российской Федерации, является одним из основных приоритетов в развитии нашего государства. Это доказывает высокую значимость здоровья, которое включает не только физические, но и психические составляющие.

Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции РФ и состоит из Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² и принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации. В главе 2 данного документа содержится информация об основных принципах охраны здоровья. Они включают в себя: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав

граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; соблюдение врачебной тайны.

В охране психологического здоровья заинтересовано государство, поэтому в целях охраны этой сферы здоровья граждан в нашей стране разработан ряд законодательных мер, которые направлены на снижение негативного воздействия на психическое состояние людей. Это четко можно увидеть в ряде запретительных норм, закрепленных в действующем законодательстве. Эти нормы затрагивают уголовное, административное и гражданское право.

Уголовное право защищает психическое здоровье людей, благодаря наличию в нем ряда выработанных запретительных мер в отношении убийства, причинении тяжких телесных повреждений, то есть насильственных действий в отношении граждан [1]. Эти меры определяют, что умышленные действия, направленные на причинение вреда личности, караются законом. За их совершения предусмотрены различные наказания, связанные с привлечением к ответственности за содеянное. Такой метод борьбы с противоправными действиями позволяет сократить их количество, а значит и оказать положительное влияние на сохранение психологического здоровья граждан, поскольку у людей в обществе формируется чувство безопасности.

Отдельное внимание стоит уделить ч. 2 ст. 40 («Физическое или психическое принуждение») Уголовного кодекса Российской Федерации³ (далее — УК РФ), в соответствии с которой человек может не понести уголовную ответственность при совершении неправомерных деяний под воздействием психического принуждения. Таким образом, уголовное право уделяет значительное внимание психическому здоровью человека, оно направлено не только на охрану психоэмоционального состояния

1 Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ, от 05.02.2014 №2-ФКЗ, от 21.07.2014 №11-ФКЗ, от 14.03.2020 №1-ФКЗ) // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102027595> (дата обращения: 25.10.2024).

2 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 19.08.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

3 Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 20.11.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.06.1996, №25, ст. 2954.

законопослушных граждан, но и на защиту людей, которые подверглись воздействию психического принуждения.

Получается, что наше государство пытается обезопасить граждан от суровых наказаний за деяния, совершенные под психическим принуждением, посредством наличия ст. 40 УК РФ. Но в реальной жизни встает проблема определения наличия психического принуждения. Также в этом нормативно-правовом акте законодатель не дает точной оценки для определения степени психического принуждения и возможности его преодоления. Это делает применение данной статьи не всегда возможным. Анализ данных судебной статистики свидетельствует о том, что правоприменитель практически не использует указанную статью при квалификации преступлений, что подтверждает наличие вышеизложенных проблем.

Похожим образом действуют запреты и в административном законодательстве. В гл. 20 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее — КоАП РФ) «Административные правонарушения, посягающие на общественный порядок и общественную безопасность»⁴ содержатся статьи, которые помогают создавать благополучную обстановку в обществе, что положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии граждан. Так, ст. 20.3.1. «Возбуждение ненависти либо вражды, а равно унижение человеческого достоинства» регулирует ситуации, в ходе которых могут возникнуть общественные конфликты из-за дискриминации определенной категории граждан, что может негативно повлиять на психологическое благополучие. Кроме того, стоит отметить ст. 5.27.1 КоАП РФ «Нарушение государственных нормативных требований охраны труда, содержащихся в федеральных законах и иных нормативных правовых актах Российской Федерации», которая включает ответственность за несоблюдение норм охраны труда, что потенциально

может нанести вред психическому и физическому здоровью работников. Однако, четко прописанные акты, направленные на охрану психического здоровья, в КоАП РФ отсутствуют. Решение данной проблемы может выражаться в разработке и утверждении нормативных актов, охватывающих психическое здоровье работников, например, введение конкретных требований к работодателям по обеспечению психологического благополучия сотрудников. Кроме того, может быть проведено внесение в статью отдельного пункта, регламентирующего ответственность за нарушения, связанные с охраной психического здоровья.

В Гражданском кодексе Российской Федерации (далее — ГК РФ) понятие здоровья, в том числе психического, упоминается в различных контекстах, связанных с правами физических лиц, их дееспособностью, ответственностью за причинение вреда и защитой нематериальных благ. Защита психического здоровья в гражданском праве охватывает широкий спектр тем. Здесь психическое здоровье рассматривается как неотъемлемая часть общего состояния здоровья. Благодаря нему люди имеют право на защиту своего психического здоровья, что включает право на адекватное лечение, информацию о состоянии своего здоровья, а также на конфиденциальность и уважение к достоинству. Стоит отметить ст. 151 ГК РФ⁵, в которой говорится, что в случае нарушения психического или физического здоровья лица в результате неправомерных действий, это лицо имеет право на компенсацию морального вреда. Данная мера повышает уровень ответственности людей за неправомерные поступки, способные навредить психическому здоровью человека.

Наиболее подробно охрану психического здоровья хотелось бы рассмотреть на основе законодательных актов, регулирующих рекламу, так как она имеет большое значение в формировании нормальной психоэмоциональной обстановки в обществе. Реклама широко использует средства

4 Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. №195-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 20.11.2024) // Российская газета, №256, 31.12.2001.

5 Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 №51-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.08.2024) // Российская газета, №238, 08.12.1994, №239, 08.12.1994.

убеждения, ведь её целью является обеспечение предпочтения в условиях конкуренции. Её использование является одним из самых популярных способов трансляции нужной производителям информации в наше время [2].

В условиях высокого уровня информационной загруженности и ускоренного темпа жизни, реклама зачастую является транслятором агрессивного, негативного поведения. В рекламе используется множество методов, направленных на бессознательное воздействие на психику человека [4]. В эпоху избыточного потребления проблема воздействия рекламы на сознание личности остаётся особенно актуальной, так как на рынке появляются всё новые и новые продукты, для продажи которых требуются неиспользуемые раннее способы привлечения внимания покупателя. В таких условиях проблема охраны психического здоровья населения путём предъявления определённых требований к рекламе является социально значимой.

В соответствии с Федеральным законом от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе»⁶ существуют общие требования к рекламе. Так в статье 5 отдельно прописывается, что к публикации не допускается реклама, которая «порочит честь, достоинство или деловую репутацию лица, в том числе конкурента».

Помимо этого, этот закон гласит, что «реклама не должна побуждать к совершению противоправных действий, призывать к насилию и жестокости, формировать негативное отношение к лицам, не пользующимся рекламируемыми товарами, или осуждать таких лиц, а также содержать информацию порнографического характера». Данные требования являются обязательными при размещении рекламы, потому что они препятствуют созданию неблагоприятной атмосферы в обществе, которая могла бы развиваться при наличии пропаганды неправомερных деяний в средствах массовой информации.

С 2021 года по 2024 год Федеральные законы также разработали ряд частей, кото-

рые касаются распространения рекламы лицами, признанными иноагентами на территории Российской Федерации. Части 10.4 и 10.5 данного закона ограничивают распространение рекламы на информационном ресурсе иностранного агента. Такие запреты для многих изначально показались жесткими и несправедливыми, но на самом деле они направлены на ограничение иностранного влияния на внутренние информационные процессы и защиту национальной безопасности. Эти ограничения помогают создавать условия для формирования психологически здоровой личности в нашей стране, так как предотвращают распространение пропаганды или дезинформации в рекламных сервисах.

Важно помнить, что дети и подростки особенно сильно подвержены пагубному воздействию рекламы, так как она оказывает большое влияние на формирование и развитие отношения к окружающему миру. Данная категория граждан наиболее внушаема, поскольку находится на стадии формирования своей личности. Из-за этого пагубное влияние рекламы сказывается на детях и подростках особенно сильно. Поэтому проблема защиты психического здоровья несовершеннолетних от пагубного влияния рекламы стоит особенно остро [3].

В Федеральном законе «О рекламе» есть ст. 6 «Защита несовершеннолетних в рекламе». Эта статья содержит ряд правовых норм, направленных на обеспечение безопасности детей и подростков, предотвращение потенциально пагубного влияния рекламы на их психику и социальные отношения. Благодаря этой статье реклама не может подрывать авторитет взрослых, что помогает сохранить доверие к родителям.

Помимо этого, эта статья прямо влияет на развитие здоровой психики у ребенка под действием рекламы, так как запрещает внушение о том, что обладание определенным товаром повышает социальный статус ребенка среди своих сверстников. Пункт 5 и 8 ст. 6 закона «О рекламе» регулирует возможное формирование комплексов у детей и подростков под действием рекламных интеграций. Эти пункты запрещают рекламе негативно влиять на самооценку детей,

⁶ Федеральный закон от 13.03.2006 №38-ФЗ «О рекламе» (с изм. и доп., вступ. в силу с 19.08.2024) // Российская газета, №51, 2006.

если у них нет рекламируемого товара, а также акцентировать внимание на физическом внешнем виде подростков и детей, так как это может создать чувство неполноценности у несовершеннолетних.

Кроме того, в пункте 5 ст. 5 закона «О рекламе» запрещается демонстрация процессов курения табака или потребления никотинсодержащей продукции, в том числе с использованием устройств для потребления никотинсодержащей продукции, и потребления алкогольной продукции. Данное положение защищает детей от формирования искажённых представлений о потреблении алкогольной и никотиновой продукции, и, как следствие, от формирования пагубных для здоровья привычек.

Итак, исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что в отношении Охраны психического здоровья граждан РФ

действует развитая система нормативных актов, представленная Конституцией РФ, а также федеральными и ведомственными законодательными актами. Но, несмотря на обширный блок юридических документов, некоторые нормы содержат существенные недостатки и требуют доработки.

В заключение хочется сказать, что защита психического здоровья граждан на уровне законодательства РФ играет огромную роль в формировании здорового и благополучного общества. В его создании высокое значение имеют ограничения, связанные с рекламой, особенно пункты, касающиеся регулирования воздействия рекламы на детей и подростков. Психическое здоровье детей и подростков, формирующееся уже сейчас, является залогом благополучия и благоприятного развития страны в будущем.

Список литературы:

1. Лаков А. В., Новиков Е. Е. Глава XIV. Система и виды уголовных наказаний // Уголовное право России. Общая часть: Учебник. Санкт-Петербург: ООО Центр научно-производственных технологий «Астерион», 2024. С. 266-295.
2. Мусаелян Э. Р. Психологическое воздействие рекламы на человека // Транспортное дело России. 2012. №5. С. 225-227.
3. Мустафина Е. О. Влияние рекламы на психику детей и подростков // Вопросы российской юстиции. 2021. №14. С.7-19.
4. Руцак Л. А. Психологическое воздействие рекламы на человека, 2020 // URL: <http://sevcspsd.ru/wp-content/uploads/2020/07/Статья-Психологическое-воздействие-рекламы-на-человека.pdf> (дата обращения 15.11.2024).

Об авторах:

Калинина Мария Алексеевна — студентка 2 курса специалитета, факультет «Лечебное дело» Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, mariakalinina0044@gmail.com

Ширяева Кристина Сергеевна — студентка 2 курса специалитета, факультет «Лечебное дело» Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург, christina.shiryeva@mail.ru

Kalinina Maria Alekseevna — 2nd-year student of the Specialty, Faculty of Medicine, St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Kristina Sergeevna Shiryeva — 2nd-year student of the Specialty, Faculty of Medicine, St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg

Для цитирования:

Калинина М. А., Ширяева К. С. Охрана психического здоровья в законодательстве Российской Федерации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 69-74.

For citation:

Kalinina M. A., Shiryayeva K. S. Mental health protection in the legislation of the Russian Federation // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 69-74.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 17.10.2024 г.

Митькина М. С.

ПРИНЦИП КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Огромное внимание биомедицине уделяется не только со стороны медиков и биологов, но и юристов, так как в настоящее время данная сфера жизнедеятельности людей характеризуется наличием проблем как правового, так и этического характера. В данной статье рассматривается принцип конфиденциальности генетической информации, характеризуется его правовое регулирование на международном уровне и на уровне Российской Федерации. Отмечается, что принцип конфиденциальности генетической информации недостаточно полно и точно раскрывается в нормативных правовых актах. В статье также ставится проблема разглашения персональной информации лица, касающейся его генетических характеристик, его родственникам в случае, когда они имеют заинтересованность в этом, а также правовое обеспечение такого разглашения.

Ключевые слова: генетические исследования, генетическая информация, конфиденциальность, генетические данные, права человека

Marina Mitkina

CONFIDENTIALITY PRINCIPLE OF GENETIC INFORMATION

Great attention is paid to biomedicine not only by physicians and biologists, but also by lawyers, since currently this sphere of human activity is characterized by the presence of problems of both a legal and ethical nature. This article examines the principle of confidentiality of genetic information, characterizes its legal regulation at the international level and at the level of the Russian Federation. It is noted that the principle of confidentiality of genetic information is not fully and accurately disclosed in regulatory legal acts. The article also raises the problem of disclosure of personal information of a person concerning his genetic characteristics to his relatives in the case when they have an interest in this, as well as legal support for such disclosure.

Keywords: genetic research, genetic information, confidentiality, genetic data, human rights

Использование современных репродуктивных технологий, применение методов генной терапии и иные достижения медицины нуждаются в тщательном правовом регулировании. Огромное внимание биомедицине уделяется не только со стороны медиков и биологов, но и юристов, так как в настоящее время в сфере биомедицины и использования биомедицинских технологий возникает множество проблем правового и этического характера. Появляются вопросы, связанные с возможными рисками и последствиями от совершаемой деятельности, а также важным является определение границ допустимого. Результаты

биомедицинских опытов и экспериментов могут принести огромную пользу всему человечеству, но, при этом, злоупотребляя ими, можно нанести и большой вред.

Несмотря на достаточно обширную правовую базу, регламентирующую биомедицинские исследования, важным аспектом правового регулирования является вопрос соблюдения конфиденциальности генетической информации. Это связано с тем, что проведение генетических исследований основывается не только на правовых нормах, но и строится на принципах морали, этики и нравственности. Принцип конфиденциальности означает недопущение распро-

странения определенных сведений о человеке и его здоровье. Проблема разглашения информации о генетическом статусе лица в случае, когда в этом заинтересованы его родственники, вызывает множество споров.

Каждый человек имеет свои уникальные генетические данные. Эта уникальность связана с тем, что человеку присущи свои индивидуальные черты, принадлежность к этнической группе, определенные наследственные характеристики, свое происхождение, состояние здоровья и так далее¹.

Конфиденциальность является важнейшим началом всей медицинской деятельности. Понятие врачебной тайны можно отнести и к медицинской категории, и к правовой. Принцип врачебной тайны закреплен в праве достаточно давно, он устанавливает запрет на разглашение информации, полученной врачом в процессе работы с пациентом, но генетическую информацию нельзя уравнивать с иной медицинской информацией по причине того, что она является личной, прогностической и семейной. Результаты генетических исследований одного человека могут иметь огромное значение для всех членов его семьи, так как те заболевания, которые выявлены у одного, могут присутствовать и у других, передаваться по наследству, предсказывать, какие заболевания могут развиваться на более позднем сроке.

В настоящее время перед мировым сообществом остро стоит проблема охраны прав человека и гражданина как обладателя генетической информации и обеспечения сохранения ее конфиденциальности². Многие международные и внутригосударственные нормативные правовые акты затрагивают принцип конфиденциальности генетической информации, но не раскрывают его в полном объеме.

1 Чубукова С. Г. Правовые проблемы защиты генетической информации: субъектный подход // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. 2020. №5 (69). С. 96-103.

2 Крюкова Е. С., Поваров Ю. С. Особенности режима конфиденциальности генетической информации // Юридический вестник Самарского университета. 2020. №6 (2). С. 36-42.

В связи с важнейшими задачами государства по охране прав и свобод граждан, обеспечению их законных интересов, предотвращению дискриминации по генетическим признакам в трудовой, социальной и иных сферах общественных отношений, обеспечение защиты и целесообразного использования генетической информации находится в интересах государства³. Запрет на дискриминацию по генетическим признакам закреплен как в ряде международных актов, так и в национальных законах различных государств, таких как США, Канада и т.д.

ФЗ от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» закрепляет понятие конфиденциальности⁴. Конфиденциальность в данном нормативном акте понимается как «обязательное для выполнения лицом, получившим доступ к определенной информации, требование не передавать такую информацию третьим лицам без согласия ее обладателя».

Принцип конфиденциальности генетических данных закреплен в ст. 3 ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации»⁵. Данная статья устанавливает перечень общих принципов, на основе которых должна осуществляться государственная геномная регистрация, но подробно эти принципы не раскрываются. Также, следует отметить, что данный нормативный акт имеет достаточно узкое направление действия, а именно распространяется только на процесс государственной геномной регистрации, не затрагивая при этом конфиденциальность генетической информации в иных случаях.

Ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

3 См. Чубукова С. Г. Правовые проблемы защиты генетической информации: субъектный подход...

4 Федеральный закон от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12148555/> (дата обращения: 27.08.2024).

5 Федеральный закон от 3 декабря 2008 г. №242-ФЗ «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации» // URL: <https://base.garant.ru/12163758/> (дата обращения: 27.08.2024).

Федерации» устанавливает правило соблюдения врачебной тайны — запрет разглашения сведений даже после смерти человека за исключением определенных случаев⁶. Нарушение данной нормы влечет за собой юридическую ответственность, а именно дисциплинарную или административную. Ст. 13.14 КоАП РФ предусматривает определенные санкции за разглашение конфиденциальной информации.

По ст. 13 ФЗ №323 издано Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 №1-П «По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р. Д. Свечниковой»⁷. Женщине отказали в выдаче копий медицинских документов ее умершего супруга, в связи с чем она и обратилась в суд. Конституционный Суд признал положения данной статьи не соответствующими Конституции РФ «в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования неопределенность их нормативного содержания не позволяет определить условия и порядок доступа к медицинской документации умершего пациента».

По причине того, что специальные нормы, которые регулируют конфиденциальность генетических данных, отсутствуют, некоторые авторы предлагают регламентировать данный вопрос на основе ст. 23 Конституции РФ и по ст. 152.2 Гражданского кодекса Российской Федерации, а также разработать новый специальный закон, который регулировал бы отношения, возни-

кающие в сфере обращения генетической информации⁸.

Нормы международного права включают в себя такие документы как Европейская конвенция по правам человека, Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека 2005 г., Международная декларация о генетических данных человека 2003 г., Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 г., Резолюция ЭКОСОС «Генетическая конфиденциальность и недискриминация» 2001 г., Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ».

Европейская конвенция по правам человека⁹ закрепляет право на свободу слова, ограниченную ситуациями, когда полученная информация является конфиденциальной и может подорвать репутацию и нарушить права других лиц. Понятие конфиденциальности закреплено в данном документе в общем смысле, оно не конкретизируется в привязке к генетической информации, но затрагивает любую информацию, которая связана с личностью.

В статье 9 Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека 2005 года устанавливается возможность разглашения конфиденциальной информации, которая касается генетических данных лица¹⁰. Распространять такую информацию можно только в случае наличия согласия пациента, в иных случаях это не допускается.

8 Болтанова Е. С. Генетическая информация в системе объектов гражданских прав // Lex Russica. 2019. №6 (151). С. 110-121.

9 «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» (Заключена в г. Риме 04.11.1950) (с изм. от 24.06.2013) (вместе с «Протоколом [№1]» (Подписан в г. Париже 20.03.1952), «Протоколом №4 об обеспечении некоторых прав и свобод помимо тех, которые уже включены в Конвенцию и первый Протокол к ней» (Подписан в г. Страсбурге 16.09.1963), «Протоколом №7» (Подписан в г. Страсбурге 22.11.1984)) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_29160/ (дата обращения: 27.08.2024).

10 Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека. Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 18-м пленарном заседании 19 октября 2005 года // https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml (дата обращения: 27.08.2024).

6 Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 27.08.2024).

7 Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 № 1-П по делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р.Д.Свечниковой // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202001140003> (дата обращения: 27.08.2024).

Также, устанавливается правило, согласно которому порядок разглашения обязательно должен соответствовать нормам международного права, в особенности нормам в области прав человека.

Ст. 14 Международной декларации о генетических данных человека 2003 г.¹¹ обязывает государство-участника обеспечивать защиту генетических данных, способствовать соблюдению их конфиденциальности. В соответствии с данным документом генетическая информация является частью медицинской информации и в соответствии с этим, все правила и запреты, касающиеся любой другой медицинской информации, применяются и к генетической.

Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека 1997 закрепляет положение об охране конфиденциальности генетических данных. При этом, возможны и определенные ограничения конфиденциальности, которые могут вводиться только в самом крайнем случае и на основе закона, который опирается на нормы и принципы международного права.

Значимым документом является Резолюция ЭКОСОС «Генетическая конфиденциальность и недискриминация» 2001 года¹². Она призывает государства поддерживать друг друга в исследованиях в области генетики, соблюдая при этом правовые и этические нормы их проведения. Она закрепляет важность уважения прав и основных свобод человека.

11 Международная декларация о генетических данных человека. Принята резолюцией Генеральной конференции ЮНЕСКО по докладу Комиссии III на 20-м пленарном заседании 16 октября 2003 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/genome_dec.shtml (дата обращения: 27.08.2024).

12 Резолюция 2001/39 от 25 октября 2001 г. «Генетическая конфиденциальность и недискриминация» // URL: <https://ecosoc.un.org/sites/default/files/documents/2023/resolution-2001-39.pdf> (дата обращения: 27.08.2024).

В Союзе независимых государств действует Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ»¹³. Его приняла в 2005 году Межпарламентская Ассамблея государств-участников СНГ. Данный документ действует для всех граждан, организаций, учреждений, которые имеют отношение к биомедицинским исследованиям, тех государств, занимающихся проведением биомедицинских и генетических исследований и экспериментов¹⁴.

Сегодня проведение генетических исследований и экспериментов активно развивается, внедряются новые технологии, совершенствуются методы проведения исследований, разрабатываются новые генетические продукты. Генетические данные человека активно используются в развитии генетики и в связи с этим обеспечение конфиденциальности генетической информации необходимо в целях защиты прав человека. Следует отметить, что принцип конфиденциальности генетической информации раскрыт недостаточно полно в нормативных правовых актах. Его можно в определенной степени сопоставить с обеспечением врачебной тайны, но, в связи с тем, что генетические исследования имеют определенные особенности и свою специфику, правовое регулирование конфиденциальности генетических данных требует более ограниченного подхода.

13 Модельный закон «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ». Принят на двадцать шестом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств — участников СНГ постановлением №26-10 от 18 ноября 2005 года // <https://base.garant.ru/70385696/> (дата обращения: 27.08.2024).

14 Кубарь О. И. и соавт. История становления этического регулирования биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ // Качественная клиническая практика. 2016 №3 С. 49-55.

Об авторе:

Митькина Марина Сергеевна — ассистент кафедры государственного и административного права юридического института Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарёва, Саранск, marina.mitckina@yandex.ru

Marina Sergeevna Mitkina — Assistant Professor of the Department of State and Administrative Law at the Law Institute of the National Research Mordovian State University named after N. P. Ogarev, Saransk

© Митькина М. С., 2024

Для цитирования:

Митькина М. С. Принцип конфиденциальности генетической информации // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). P. 75-79.

For citation:

Mitkina M. S. Confidentiality principle of genetic information // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 75-79.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.10.2024 г.

Морозова А.М., Симонян Р.З.

О ПРАВЕ ВРАЧА НА САМООБОРОНУ И ПРИЧИНЕНИИ ПРИ ЭТОМ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА

С каждым днем в обществе все сильнее крепнет пренебрежительное отношение к врачам и другим медработникам. Еще 15-20 лет назад профессия врача была одной из самых уважаемых, её окутывал ореол благородства и романтики. Врачи в представлении большинства принадлежали к особо элитной касте людей, интеллигенции, поднять руку на которых было чем-то из ряда вон выходящим. В наше же время случаи грубости, унижения человеческого и профессионального достоинства медицинских работников становятся заурядным явлением. Причем в последние годы появилась еще более опасная тенденция — физическое насилие по отношению к медицинским работникам. Так почему же нравственности и этики в медицине должны придерживаться только врачи, а пациенты могут позволять себе крайне противоречивые поступки?

Ключевые слова: медицинский работник, пациент, уголовное дело, инцидент, закон

Morozova A.M., Simonyan R.Z.

ABOUT THE DOCTOR'S RIGHT TO SELF-DEFENSE AND CAUSING HARM TO THE PATIENT'S HEALTH AT THE SAME TIME

Every day, society is becoming more and more dismissive of doctors and other health workers. 15-20 years ago, the profession of a doctor was one of the most respected, it was shrouded in an aura of nobility and romance. Doctors, in the opinion of the majority, belonged to a particularly elite caste of people, the intelligentsia, to raise a hand against whom was something out of the ordinary. Nowadays, cases of rudeness, humiliation of the human and professional dignity of medical workers are becoming an ordinary phenomenon. Moreover, in recent years, an even more dangerous trend has emerged — physical violence against medical workers. So why should only doctors adhere to morality and ethics in medicine, and patients can afford extremely contradictory actions?

Keywords: medical worker, patient, criminal case, incident, law

Согласно данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, за 2023 год в нашей стране было зафиксировано более 1700 нападений на медицинских работников.

Наибольшее число инцидентов, связанных с нападением на врачей, отмечено в Омской, Орловской, Новосибирской, Челябинской областях, а также в Москве [3]. Однако лишь немногие из этих случаев привели к возбуждению административных или уголовных дел.

Количество привлеченных к юридической ответственности граждан, нападавших на врачей, очень мало. Наиболее ча-

стым наказанием для таких «агрессоров» стал административный штраф [3].

Для анализа случаев нападения в ведомстве [3] создана специальная рабочая группа. Однако вносить изменения в действующее законодательство, по мнению чиновников, необходимости нет. С такой позицией не согласны общественники и депутаты. Они много лет предлагают наделить врачей тем же правом на защиту, которое есть у сотрудников правоохранительных органов [2].

На Кубани судили пациента, который сломал нос фельдшеру скорой помощи [4].

В Краснодаре завершено расследование уголовного дела против мужчины, 21 сентября 2023 года напавшего на фельдшера скорой помощи Елену Лесовую. «Было понятно, что он был выпивший, но меня смущало, что у него из уха лилась кровь. Я пыталась всеми правдами его поднять. И как только он встал на ноги, он тут же с разворота заехал мне в лицо кулаком» [2], — рассказала Лесовая. Ей помог водитель кареты скорой помощи: связал нападавшему руки и ноги и вызвал полицию. Женщину госпитализировали, были диагностированы травма головы, рассечение верхней губы, перелом носа. Нападавшего обвинили в причинении легкого вреда здоровью из хулиганских побуждений (п. «а» ч. 2 ст. 115 УК РФ). Свою вину он признал. Дело отправлено в суд.

В Российской Федерации существует статья 124.1. Уголовного кодекса, которая предусматривает ответственность за воспрепятствование деятельности медицинских работников. Появилась данная статья в 2019 году. Максимальное наказание по ней — до 4 лет лишения свободы. Но есть нюанс: ответственность за противоправное деяние может наступить только в случае, если из-за действий нападавшего, врач не сможет оказать помощь пациенту и его состояние ухудшится. Жизнь и здоровье самого медика этой статьей не охраняется¹. Так с момента внесения данной статьи в УК РФ в 2019 году по ней не было возбуждено ни одного уголовного дела в отношении пациентов при всё возрастающем количестве нападений на медицинских работников, с том числе и с причинением вреда здоровью и смерти.

Реальное наказание напавшему на медика гражданину грозит только в том случае, если врач получил тяжелые травмы или погиб. Так во Владивостоке суд приговорил местного жителя к 8,5 годам колонии строгого режима [7]. Пьяный мужчина был недоволен работой фельдшера, который приехал на вызов к жене фигуранта дела. Он схватил кухонный нож и ударил им медика

в живот. Жизнь фельдшера спас медицинский ящик, которым он смог заблокировать удар. Присяжные признали мужчину виновным по части 3 статьи 30 УК РФ, пункту «б» части 2 статьи 105 УК РФ [7]. В остальных случаях наказание за нападение на медицинских работников ограничивается штрафами и исправительными работами.

Для того чтобы выяснить мнение части граждан, имеющих отношение к медицинскому сообществу, о том, есть ли у врача право на самооборону, нами был проведен опрос среди студенческого и преподавательского состава Курского государственного медицинского университета, в котором приняли участие 342 респондента, которые ответили на девять вопросов.

Распределение опрашиваемых по полу и возрасту представлено на рисунках 1 и 2.

На вопрос: «Имеет ли врач право на самооборону в ситуации агрессии со стороны пациента?», ответы были следующие: 68,4% опрашиваемых ответили — да, 28,1% сказали, что это зависит от обстоятельств, лишь 1,8% ответили — нет и также 1,8% респондентов затруднились ответить (см. рис. 3)

На вопрос: «В каких ситуациях врач может использовать физическую силу для своей защиты?», были получены следующие ответы: 67,8% респондентов отметили, что только если существует угроза физической безопасности, 90,4% анкетированных считают, что применение физической силы для своей защиты допустимо только при наличии реальной угрозы для жизни, 28,4% опрошенных отметили ситуацию, в которой применение физической силы медицинским работником в ответ на агрессию пациента возможно только если неоткуда ждать помощи и лишь 0,9% считает, что врач не должен использовать физическую силу в качестве самообороны (см. рис. 4).*

На вопрос: «Насколько Вы считаете допустимым причинение вреда пациенту в процессе самообороны врача?», ответы были следующие: 61,7% респондентов считают полностью допустимым причинение вреда пациенту врачом в процессе самообороны, если это необходимо для защиты жизни, 34,5% респондентов считают допустимым только минимально возможное

¹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 09.11.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 17.06.1996, №25, ст. 2954.

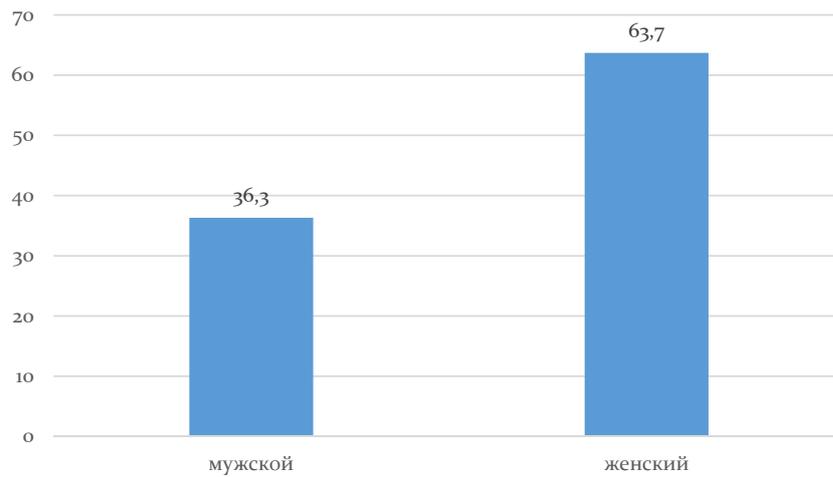


Рис. 1. Распределение респондентов по полу (%).

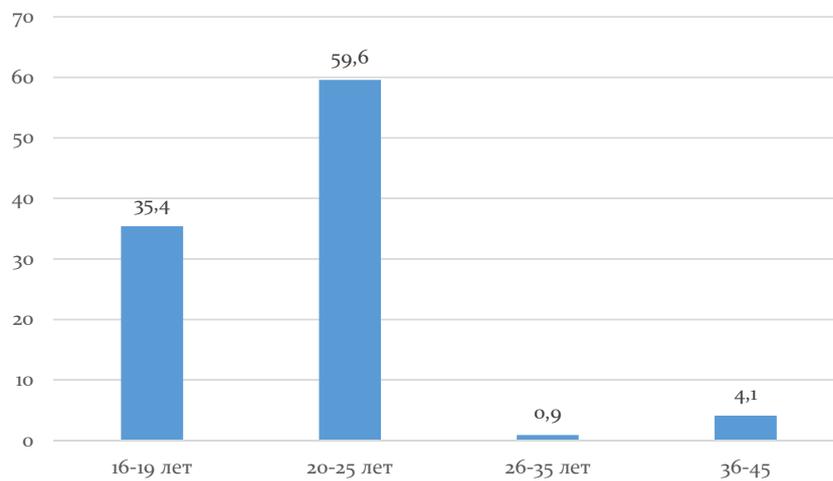


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту (%).

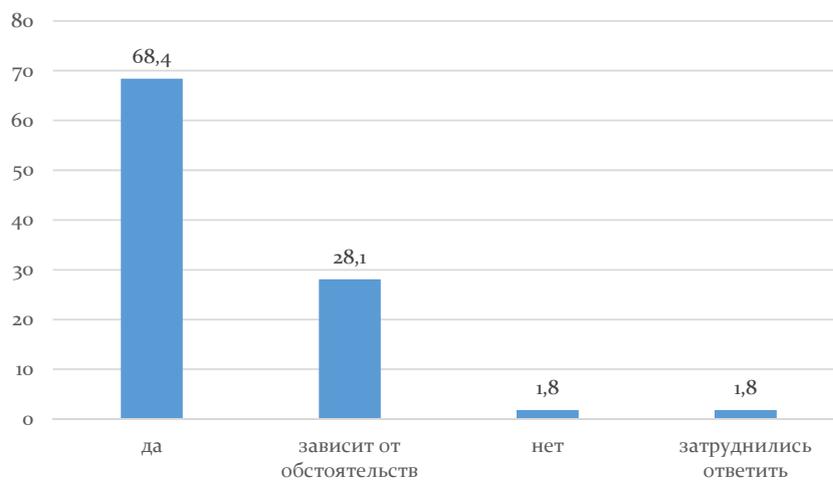


Рис. 3. Имеет ли врач право на самооборону при агрессии со стороны пациента (%).

причинение вреда и 3,8% считают недопустимым причинение вреда при любых обстоятельствах (см. рис. 5).

На вопрос: «Какую ответственность должен нести врач в случае причинения вреда пациенту при самообороне?», были даны следующие ответы: 74% респондентов ответили, что врач не должен нести ответственность, 9,1% анкетированных считают, что врач должен понести уголовную ответственность за причинение вреда пациенту, даже если оборонялся, 7,9% считают, что врача можно привлечь к административной ответственности за причинение вреда пациенту при самообороне, 9,1% опрошенных указали дисциплинарную ответственность (см. рис. 6).

На вопрос, защищает ли российское законодательство полностью права врача в ситуации агрессии со стороны пациента, 5,6% анкетированных считают, что российское законодательство полностью защищает права врача в ситуации агрессии со стороны пациента, 22,8% считают, что защищает частично, 43,6% считают юридическую защиту прав врачей в ситуации агрессии пациентов недостаточной и 28,1% ответили, что российское законодательство вообще не защищает медицинских работников в таких случаях (см. рис. 7).

При этом всего 29,5% респондентов знают о законодательных нормах, регулирующих право граждан на самооборону, 30,1% знают о таких правовых нормах частично, 40,4% не знают вовсе (см. рис. 8).

Большая часть респондентов, а именно 81,3% считают необходимым внести изменения в законодательство, касающиеся самообороны медицинских работников, при этом 4,7% считают это необязательным и 14% затруднились ответить (см. рис. 9).

Среди предложенных изменений ответы распределились следующим образом: 83,1% прошедших опрос считают необходимым признать право врача на самооборону и установить чёткие критерии допустимой защиты, 71,8% респондентов, считают возможным освободить врача от уголовной ответственности за причинение вреда пациенту, если он действовал в состоянии необходимой обороны, 75,2% предлагают

ужесточить ответственность пациентов за агрессию в отношении медицинских работников, 49,8% предлагают ввести обязательные системы охраны и контроля в медицинских учреждениях, 62,4% считают необходимым обеспечить медицинских работников средствами самозащиты, 38,6% уточнить законодательные формулировки во избежание злоупотреблений правом на самооборону, 28,8% считают, что необходимы дополнительные разъяснения и рекомендации Минздрава России по применению права врача на самооборону (см. табл. 1). В данном вопросе предлагалась возможность выбора нескольких вариантов ответа и, соответственно, суммарное значение ответов превосходит 100%.

Последний вопрос в анкете был задан для уточнения, стали бы респонденты защищать себя в ситуации агрессии со стороны пациента, зная, что это может привести к юридическим последствиям, и 77,2% анкетированных ответили, что если бы действительно для их жизни или здоровья существовала реальная угроза, то в таком случае они стали бы себя защищать, 20,5% затруднились ответить и лишь 2,3% ответили — нет (см. рис. 10).

На основании полученных результатов нами были сделаны представлены выводы и предложения. Согласно статье 45 Конституции России каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом. Ситуации с проявлением агрессии в адрес медицинских работников со стороны пациентов подчеркивают необходимость принятия мер для обеспечения их безопасности. Результаты пробного исследования говорят о понимании важности обеспечения защиты медиков и о признании их права на самооборону. На наш взгляд, учитывая высокую степень опасности для здоровья и жизни медицинских работников, а также для создания безопасной рабочей обстановки необходимо:

1. В случае вызова к пациенту, который находится в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, необходимо перед выездом к таким пациентам, через номер 112 вызывать полицию и только после их приезда подключать к оказанию помо-

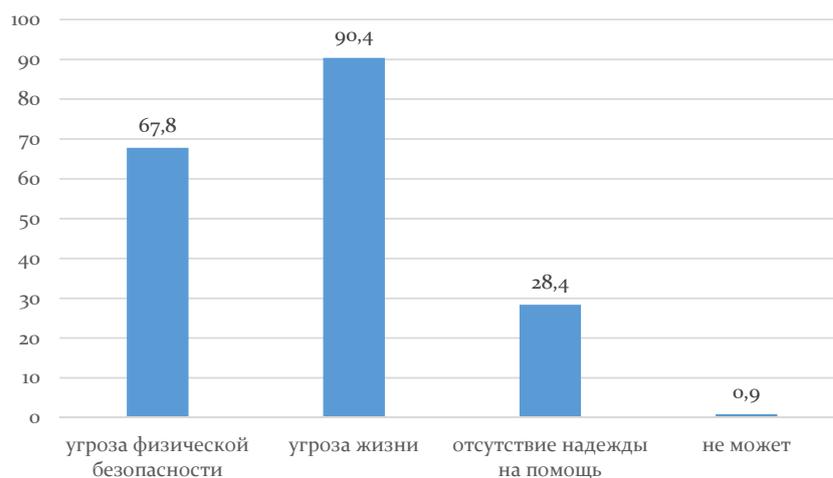


Рис. 4. В каких ситуациях врач может использовать физическую силу для своей защиты (%).

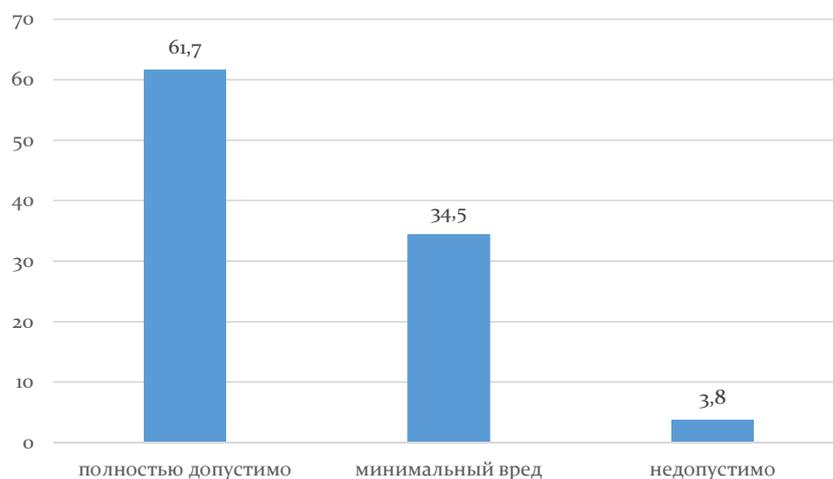


Рис. 5. Насколько допустимо причинение вреда пациенту при самообороне врача (%).

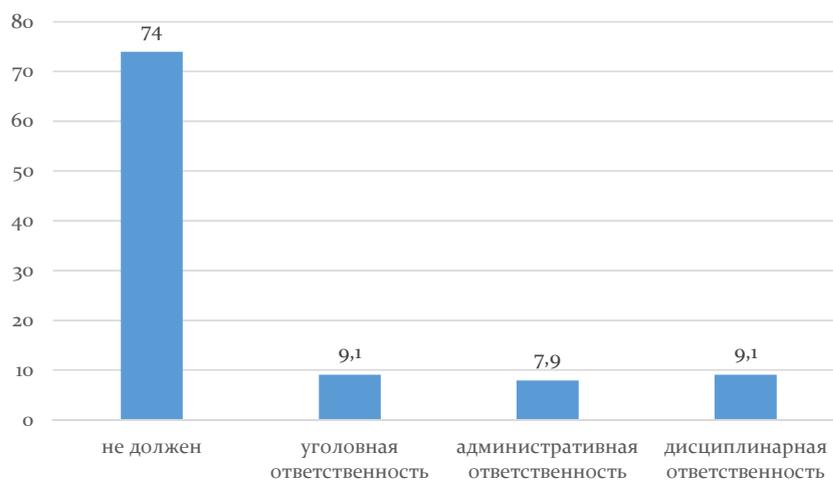


Рис. 6. Насколько допустимо причинение вреда пациенту при самообороне врача (%).

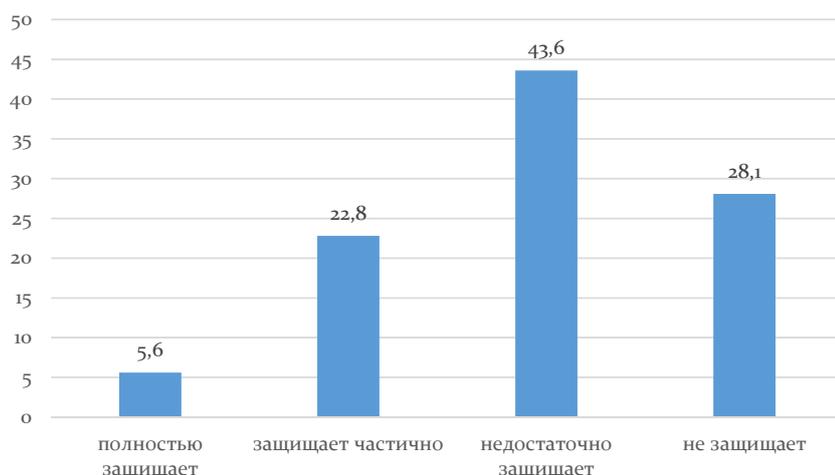


Рис. 7. Защищает ли российское законодательство права врача при агрессии со стороны пациента (%).

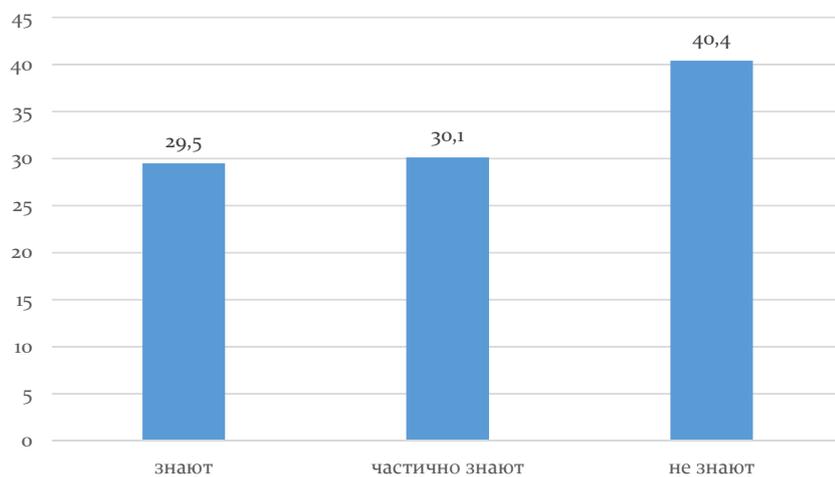


Рис. 8. Наличие знаний о законодательных нормах, регулирующих право граждан на самооборону (%).

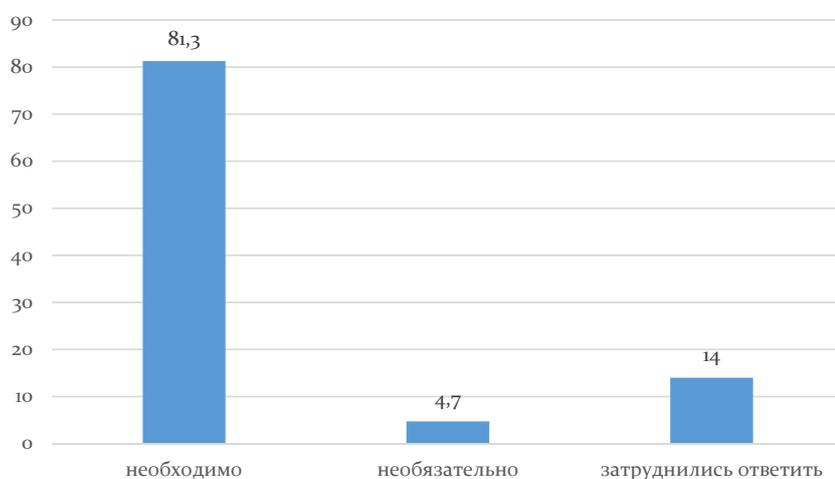


Рис. 9. Необходимость внесения в законодательство изменений о самообороне медицинских работников (%).

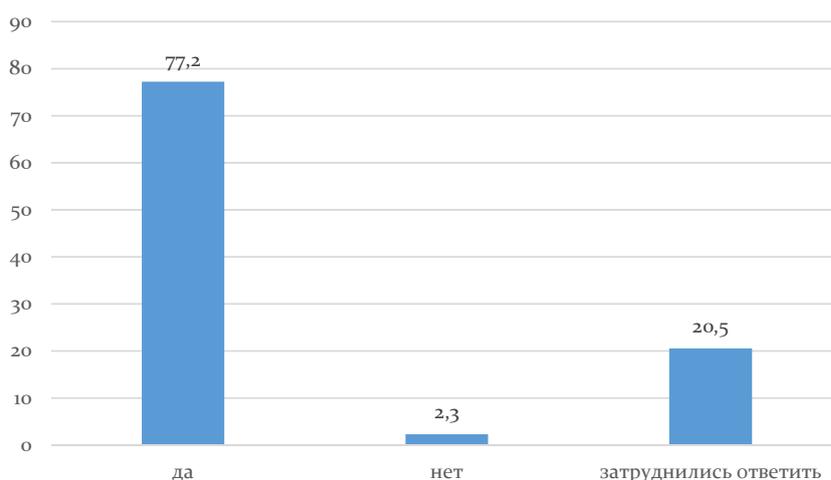


Рис. 10. Личное решение о самообороне при агрессии со стороны пациента (%).

Таблица 1.

Выбор вариантов предлагаемых изменений для внесения в законодательство, касающееся самообороны медицинских работников

Варианты предлагаемых изменений	Ответы респондентов (%)
1. Признание права врача на самооборону с установлением критериев допустимой защиты	83,1
2. Освобождение врача от уголовной ответственности за причинение вреда пациенту при необходимой обороне	71,8
3. Ужесточение ответственности пациентов за агрессию в отношении медицинских работников	75,2
4. Введение в медицинских учреждениях обязательных систем охраны и контроля	49,8
5. Обеспечение медицинских работников средствами самозащиты	62,4
6. Уточнение законодательных формулировок во избежание злоупотреблений правом на самооборону	38,6
7. Необходимость дополнительных разъяснений и рекомендаций Минздрава России по применению права врача на самооборону	28,8

щи медицинских работников, так как на сегодняшний день они не обладают силами, средствами, полномочиями для нейтрализации контингента, представляющего социальную опасность.

2. Министерству здравоохранения России разработать дополнительные разъяснения и рекомендации по применению права медицинских работников на самооборону в случае агрессии пациентов и ре-

альной угрозы для жизни и здоровья медицинских работников при исполнении ими своих профессиональных обязанностей, разработать четкие правила, которые позволят медицинским работникам защитить себя от агрессии пациентов без страха перед уголовной ответственностью.

3. Разрешить медицинским работникам скорой медицинской помощи фиксировать наручниками и применять при не-

обходимости спецсредства в отношении пациентов и сопровождающих лиц в случае применения способа посягательства, создающего реальную угрозу для жизни медицинских работников (применение оружия или предметов, используемых в качестве оружия, удушение, поджог и т.п. в отношении медицинских работников).

4. На уровне федерального законодательства разрешить медицинским работникам скорой помощи применять специальные средства (специальные газовые средства; электрошоковые устройства; светошоковые устройства; световые и звуковые специальные средства) в случае совершения пациентами и сопровождающими их лицами общественно опасного посягательства, сопряженного с насилием, опасным для жизни медицинских работников, при исполнении последними своих должностных обязанностей.

5. Внести изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 №323 «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приравнять статус медработников государственной системы здравоохранения к статусу профессиональных категорий граждан, в отношении которых предусмотрен особый порядок государственной защиты их прав, свобод, здоровья и жизни.

6. Внести изменения в статью 318 УК РФ и приравнять медиков к представителям власти, причем не только работников скорой помощи, но и медработников всех систем здравоохранения.

7. Ввести обязательное государственное страхование риска профессиональной ответственности медработников, их здоровья и жизни при исполнении служебных обязанностей. Гарантировать гражданам данной категории бесплатную правовую поддержку.

8. Ужесточить юридическую ответственность пациентов за агрессию в отношении медицинских работников.

Список литературы:

1. Ануфриева В. С., Симонян Р. З. Проблема социального конфликта «врач-пациент» в современном обществе: причины и пути решения // Неделя науки-2023: Материалы Международного молодёжного форума. Ставрополь, 2023. С. 343-344.
2. Газета: здравоохранение в регионах: КРАСНОДАР: перед судом предстанет местный житель по обвинению в применении насилия — он сломал нос фельдшеру скорой помощи // URL: <https://materlife.ru/krasnodar-pered-sudom-predstanet-mestnyj-zhitel-po-obvineniyu-v-primenenii-nasiliya-on-slomal-nos-feldsheru-skoroj-pomoshhi-video/> (дата обращения: 04.11.2024).
3. Коммерсантъ: Битва Гиппократов // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6297175> (дата обращения: 04.11.2024).
4. Коммерсантъ: Жителя Краснодар будут судить за нападение на фельдшера скорой // URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6323159> (дата обращения: 04.11.2024).
5. О компетенции врачей — судебно-медицинских экспертов и врачей-специалистов в уголовном судопроизводстве // Медицинское право: теория и практика. 2015. Т. 1, №1 (1). С. 341-349.
6. Попов Р. Нападение пациента: как защитить себя и не попасть под суд // Заместитель главного врача. 2018. №3. С. 82-91.
7. Следственное управление следственного комитета Российской Федерации по Приморскому краю: Во Владивостоке вынесен приговор мужчине, который напал на фельдшера скорой помощи // URL: <https://primorsky.sledcom.ru/news/item/1825563/?ysclid=m3gyrvszcz413570136> (дата обращения: 04.11.2024).

Об авторах:

Морозова Алина Михайловна — студент 2 курса факультета медико-профилактического дела Курского государственного медицинского университета Минздрава России, Курск, alina.morozova.1551@mail.ru

Симонян Римма Зориковна — доцент кафедры общественного здоровья, организации и экономики здравоохранения Института непрерывного образования Курского государственного медицинского университета Минздрава России, кандидат исторических наук, доцент, Курск, rimmasimonyan@mail.ru

Morozova Alina Mikhailovna — 2nd year student of the Faculty of Medical and Preventive Medicine of the Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk

Simonyan Rimma Zorikovna — Associate Professor of the Department of Public Health, Organization and Economics of Healthcare at the Institute of Continuing Education of the Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, PhD, Associate Professor, Kursk

© Морозова А. М., Симонян Р. З., 2024

Для цитирования:

Морозова А. М., Симонян Р. З. О праве врача на самооборону и причинении при этом вреда здоровью пациента // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 80-88.

For citation:

Morozova A. M., Simonyan R. Z. About the doctor's right to self-defense and causing harm to the patient's health at the same time // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 80-88.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 9.11.2024 г.

Мхитарян А. В., Эртель Л. А.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ЛИЦ, ВИДОИЗМЕНИВШИХ ПОЛОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ, ПРИ ОКАЗАНИИ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье производится анализ сущности гендерной дисфории, рассмотрение ее как несоответствие между функционалом головного мозга и физиологией, анатомией тела, отграничение ее от психических болезней и болезненных состояний психики. В статье также разграничиваются понятия «смена пола», как юридической дефиниции, и «видоизменение первичных и вторичных половых признаков натального пола», как медицинского явления. В процессе исследования определены последствия гормональной терапии, проблемы оказания медицинскими работниками качественной медицинской помощи лицам, прошедшим гормональную терапию, а также юридический статус лиц, видоизменивших половую принадлежность.

Ключевые слова: смена пола, гендерное несоответствие, гендерная дисфория, видоизменение половой принадлежности, гормональная терапия, оказание медицинской помощи

Arthur Mkhitaryan, Lyudmila Ertel

LEGAL PROBLEMS OF ENSURING AND PROTECTING THE RIGHTS OF PERSONS WHO HAVE CHANGED THEIR GENDER IDENTITY WHEN PROVIDING THEM WITH MEDICAL CARE

The article analyzes the essence of gender dysphoria, considering it as a discrepancy between the functional of the brain and physiology, anatomy of the body, distinguishing it from mental illnesses and painful mental states. The article also distinguishes the concepts of «sex change» as a legal definition, and «modification of primary and secondary sexual characteristics of the natal sex» as a medical phenomenon. In the course of the study, the consequences of hormone therapy, the problems of providing high-quality medical care by medical professionals to persons who have undergone hormone therapy, as well as the legal status of persons who have changed their gender identity were determined.

Keywords: gender reassignment, gender nonconformity, gender dysphoria, gender modification, hormone therapy, medical care

В настоящее время уровень медицины позволяет частично видоизменить биологический пол посредством гормонального лечения и хирургической операции. Важно отметить, что на сегодняшний день сменить пол возможно исключительно юридически, но не биологически, так как тождественные репродуктивные функции противоположного пола воссоздать не представляется возможным и особенности натального пола в определенной степени остаются. Так, на-

пример, в России относительно недавно существовала возможность изменения «юридического пола» на основании «справки об изменении пола» по форме №087/у при отсутствии гормональной терапии и хирургического вмешательства, то есть с сохранением репродуктивных функций и половых признаков натального пола. В связи с чем нам представляется, что более правильно, с терминологически-смысловой точки зрения, рассматривать «смену пола», как

юридическую дефиницию, а гормональное лечение и хирургическую операцию, направленных на устранение гендерной дисфории (состояние несоответствия нательного пола и половой идентификации индивида), как «видоизменение первичных и вторичных половых признаков нательного пола» (далее — видоизменение половой принадлежности). На практике возможны случаи как смены пола без видоизменения половой принадлежности, так и наоборот. Неправильное разграничение данных понятий может привести к созданию «мертвых норм». Так, например, в соответствии с ч. 1 ст. 16 Семейного кодекса Российской Федерации¹, брак прекращает свое действие в случае изменения нательного пола одним из супругов в актах гражданского состояния, при этом на сегодняшний день в данных актах сменить пол нельзя в силу законодательного запрета. Следовательно, в ситуации, когда лицо осуществило в иностранном государстве гормональную терапию и хирургическое вмешательство с целью видоизменения половых признаков, прекратить брак без согласия супругов не представляется возможным.

Вопрос о масштабе и актуальности проблемы правового статуса лиц, видоизменивших половую принадлежность, в России остается открытым, так как официальная статистическая информация о количестве данных лиц отсутствует, а неофициальная статистика не может в точности обозначить масштаб проблемы. Несмотря на это, вопрос особенности оказания медицинской помощи лицам, видоизменившим половую принадлежность, в России наличествует в связи, во-первых, с самой возможностью видоизменения половой принадлежности в иностранных государствах; во-вторых, с отсутствием должного правового регулирования данного вопроса.

Так, например, одной из правовых проблем представляется отсутствие в России официально закрепленного определения термина «медицинское вмешательство, направленное на смену пола». Из смысла

1 Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. №223-ФЗ // URL: <https://base.garant.ru/10105807/> (дата обращения: 17.10.2024).

ч. 1 ст. 45.1 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»², в данное понятие включается формирование у пациента первичных и (либо) вторичных половых признаков противоположного пола. Формально к данным действиям возможно относить лазерную эпиляцию у мужчин, особенно на лице, так как в данном случае возможна частичная феминизация лица.

При рассмотрении самой сущности такого явления, как видоизменение половой принадлежности, необходимо обратиться к 11 редакции Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем³ (далее — МКБ-11), которую Российская Федерация не приняла. В ней (МКБ-11), в отличие от прошлого издания, используется понятие «гендерное несоответствие», а не «транссексуализм». При этом данный термин из главы «Психические расстройства и расстройства поведения» перемещен в главу «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем». Данный факт свидетельствует о том, что на международной арене гендерное несоответствие не относится к психическим болезням или болезненным состояниям психики. С научной точки зрения, данное действие является логичным, так как мужской и женский головной мозг имеет различия связанные с разницей анатомии и физиологии двух полов. В одном исследовании показано, что изменения когерентности биопотенциалов коры головного мозга в процессе решения вербальной творческой задачи (приняли участие 14 юношей-правшей и 13 девушек-правшей) при выполнении одних и тех же испытаний у мужчин и женщин наблюдаются противоположные изменения полушарной асимметрии. В данном исследовании у женщин реактивность пра-

2 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, №48, ст. 6724.

3 Международная классификация болезней 11 пересмотра // URL: <https://icd.who.int/ru> (дата обращения: 17.10.2024).

вополушарной когерентности была выше, чем у мужчин [3, 159]. В другом научном исследовании (анализировались снимки головного мозга 100 мужчин и 100 женщин) было выявлено, что женщины обладают большим относительным объемом извилин Гешля (Heschl's gyrus): на 11% и 15% в левом и правом полушарии соответственно [6, 2923]. Более интересным является исследование головного мозга лиц, видоизменяющих половую принадлежность с целью феминизации. Было выявлено более высокое сходство структуры головного мозга (размер ядра Кахаля) данных лиц к женскому варианту развития, чем к мужскому [5, 76].

Таким образом, структура мозга лиц, страдающих гендерным несоответствием, приближен к структуре мозга желанного им пола. Здесь необходимо отметить, что желание у лица видоизменить половую принадлежность может быть связано не только с гендерной дисфорией, но и с наличием психических болезней и болезненных состояний психики, которые лицо ошибочно или намеренно называет «гендерным несоответствием». Любая болезнь (состояние) имеет научное обоснование механизма её протекания: при гендерной дисфории наличествует несоответствие между функционалом головного мозга и физиологией, анатомией тела, например, наличия у лица мужского тела и «женского» мозга. При психических болезнях и болезненных состояниях психики между функционалом мозга и тела наличествует синергия, проблема возникает именно в восприятии окружающей действительности, которая (проблема) связана с нарушением структуры головного мозга. Иными словами, при гендерном несоответствии головной мозг и физическое тело не имеют отклонений в работе, однако отсутствует синхронное взаимодействие между ними. При психических болезнях и болезненных состояниях психики физическое тело само по себе здорово, однако головной мозг неверно регулирует его деятельность. Во втором случае лицо, страдающее данными болезнями и состояниями, пытается интуитивно или намеренно подменить их гендерным несоот-

ветствием, которого у данного лица в действительности нет. Понимание природы видоизменения половой принадлежности пациента необходимо для того, чтобы оказать ему качественную специализированную медицинскую помощь. В результате проведенного анализа научной литературы, мы пришли к следующему выводу. Признаками отсутствия гендерной дисфории у лица, видоизменившего половую принадлежность, являются: сохранение части вторичных половых признаков натального пола и повышенная агрессивность.

Видоизменение половой принадлежности заключается в проведении гормональной терапии и (или) хирургической операции. Гормональная терапия лиц, видоизменяющих половую принадлежность с целью маскулинизации, заключается в употреблении андрогенных препаратов с целью увеличения уровня тестостерона. В процессе данной терапии отмечается прекращение менструаций, увеличение либидо, активный рост волосяного покрова, увеличение мышечной массы, а также изменение тембра голоса [4, 163]. К осложнениям данной терапии следует отнести возможное развитие акне, андрогенной плешивости, гипертонии, диабета, рака шейки матки, рака матки, рака яичников [2, 122].

Гормональная терапия лиц, видоизменяющих половую принадлежность с целью феминизации, более сложна и заключается в употреблении антиандрогенов (для понижения уровня тестостерона) совместно с эстрогенами. В процессе данной терапии отмечается снижение либидо, перераспределение жировой массы, формирование женского бюста, уменьшение роста волосяного покрова на теле, а также рост и развитие молочных желез [4, 163]. К осложнениям данной терапии следует отнести возможное развитие тромбоэмболической болезни, образование желчного камня, набор веса, появление гипертонии, диабета, рака молочной железы [2, 122].

Таким образом, можно констатировать наличие медицинских особенностей у лиц, видоизменяющих половую принадлежность, в результате гормональной терапии независимо от прохождения хирургической

операции по видоизменению размера груди и половых органов. В частности, повышение риска рака молочных желез у мужчин, проходящих процесс феминизации. Данные особенности приводят к невозможности качественного оказания медицинской помощи данным лицам по утвержденным и проверенным методикам для их natalного пола. Так, например, медицинское обследование лиц, видоизменяющих половую принадлежность путем гормональной терапии, будет показывать нарушения гормонального фона по меркам natalного пола пациента. Предложенные врачом мероприятия по нормализации гормонального фона будут вызывать у пациента неприятие и сопротивление предлагаемой терапии. Кроме того, возможно развитие болезней не свойственных биологическому полу лица, проходящему обследование.

На основании выше сказанного мы приходим к выводу, что при гендерном несоответствии требуется оптимизация организационно-тактических принципов работы с данными пациентами. Прежде всего необходимо соблюдать этапность и комплексность взаимодействия специалистов в различных

областях медицинских знаний, например, психиатров, эндокринологов, урологов, андрологов, гинекологов, хирургов. Необходимым элементом выступает комплекс медико-социальных мероприятий, который включает в себя динамическое наблюдение с проведением психокорректирующих мероприятий, поддерживающую психотерапию, социально-психологическую помощь при возникающих трудностях в адаптации, а также психотерапевтические мероприятия при личностной, социальной и сексуальной дезадаптации [1, 38].

Ранее, в данной статье мы описывали, что «смена пола» является юридической дефиницией. «Юридический пол» любого лица определяется и основывается исключительно на основе закона. Именно «юридический пол» лица определяет порядок и методики оказания медицинской помощи, права и обязанности данного лица. В настоящее время смена пола запрещена, следовательно, правовой статус лиц, видоизменивших половую принадлежность, будет соответствовать их natalному полу независимо от фактической схожести с ним.

Список литературы:

1. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И. Клинические особенности расстройств половой идентификации и тактика ведения пациентов // Андрология и генитальная хирургия. 2018. №19 (3). С. 35-41.
2. Сорокина Ю. А., Худякова Е. М., Занозин А. В. с соавт. Феминизирующее и маскулинизирующее влияние лекарственных средств: клиническое значение // Международный научно-исследовательский журнал. 2020. №4 (94). С. 119-125.
3. Тарасова И. В., Вольф Н. В., Разумникова О. М. Изменения когерентности биопотенциалов коры мозга при решении вербальной творческой задачи у мужчин и женщин // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. 2009. №2. С. 155-161.
4. Волкова Н. И., Давиденко И. Ю., Дегтярева Ю. С. Современные подходы к ведению гендерной дисфории с позиции эндокринолога: клиническое наблюдение // Медицинский вестник Юга России. 2022. №2. С. 162-167.
5. Прилепа С. А., Медведева Е. В. Генетические аспекты становления половой самоидентификации и возникновения гендерной дисфории // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. №1. С. 75-83.
6. Leonard C. M., Towler S., Welcome S. et all. Size matters: cerebral volume influences sex differences in neuroanatomy // Cerebral Cortex. 2008. Vol. 18. №12. P. 2920-2931.

Об авторах:

Мхитарян Артур Вартанович — студент 5 курса специалитета юридического факультета им. А. А. Хмырова Кубанского государственного университета, Краснодар, artem_astapenko@bk.ru

Эртель Людмила Александровна — профессор кафедры криминалистики и правовой информатики Кубанского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор, Краснодар, el1958@yandex.ru

Artur Vartanovich Mkhitaryan — 5th year student of the specialty of the A.A. Khmyrov Faculty of Law, Kuban State University, Krasnodar

Lyudmila Alexandrovna Ertel — Professor of the Department of Criminology and Legal Informatics, Kuban State University, Doctor of Medical Sciences, Professor, Krasnodar

© Мхитарян А. В., Эртель Л. А., 2024

Для цитирования:

Мхитарян А. В., Эртель Л. А. Правовые проблемы обеспечения и защиты прав лиц, видоизменивших половую принадлежность, при оказании им медицинской помощи // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). P. 89-93.

For citation:

Mkhitaryan A. V., Ertel L. A. Legal problems of ensuring and protecting the rights of persons who have changed their gender when providing them with medical care // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 89-93.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 5.11.2024 г.

Салоян Г. В.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННОЙ СВЯЗИ КАК УСЛОВИЕ НАСТУПЛЕНИЯ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ ЖИЗНИ ИЛИ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА

Статья посвящена проблеме установления причинной связи как значимого условия в гражданских делах о причинении вреда жизни или здоровью пациента. Проанализированы понятие и основные признаки категории «причинная связь». Проведен объемный анализ судебной практики. Показана значимость заключений судебных экспертиз при рассмотрении данной категории дел в целях установления прямой либо косвенной причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи (услуги) и наступившими последствиями в виде вреда здоровью пациенту. Предложено создать на базе Министерства юстиции РФ или Роспотребнадзора отдельные подразделения для проведения экспертиз по указанной категории дел.

Ключевые слова: причинная связь, причинение вреда, здоровье и жизнь пациента, дефекты оказания медицинской помощи, экспертное заключение, судебная медицина

Gulia Saloyan

ESTABLISHING A CAUSAL LINK AS A CONDITION FOR THE OCCURRENCE OF CIVIL LIABILITY FOR HARM CAUSED TO THE LIFE OR HEALTH OF A PATIENT

The article is devoted to the problem of establishing causation as a significant condition in civil cases of harm to the life or health of a patient. The concept and main features of the category «causality» are analyzed. A comprehensive analysis of judicial practice has been conducted. The importance of the conclusions of forensic examinations when considering this category of cases is shown in order to establish a direct or indirect causal relationship between defects in the provision of medical care (services) and the resulting consequences in the form of harm to the patient's health. It is proposed to create separate units on the basis of the Ministry of Justice of the Russian Federation or Rospotrebnadzor to conduct expert examinations in this category of cases.

Keywords: causation, harm, patient's health and life, defects in medical care, expert opinion, forensic medicine

В современном обществе вопрос гражданской ответственности медицинских организаций за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в результате которой причиняется вред здоровью или жизни пациента не только не теряет актуальности, но и приобретает всё большую значимость.

В Российской Федерации право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь включает в себя возможность по-

лучения гарантированной бесплатной медицинской помощи. При этом вследствие оказания такой помощи есть вероятность причинения пациенту вреда здоровью или жизни как в связи с непрофессиональными действиями медицинского персонала, так и вследствие влияния других объективных причин:

- не изученность заболеваний;
- недостаточное техническое оснащение медицинских учреждений и др.

К типичным условиям возникновения гражданско-правовой ответственности относятся:

- наличие вреда либо убытков; противоправность поведения причинителя вреда;
- вина причинителя вреда;
- причинная связь между противоправными действиями (бездействиями) и наступившими последствиями.

Взаимосвязь перечисленных условий представляет собой состав правонарушения, необходимо для наступления гражданской ответственности. Как правило, отсутствие одного хотя бы одного из элементов состава будет достаточным основанием для исключения применения мер ответственности.

Одним из главных условий применения мер гражданской ответственности в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи является наличие причинной связи между противоправным поведением медицинского персонала и наступившими последствиями. В целом ученые-цивилисты и практикующие юристы придерживаются единого подхода в определении понятия «причинная связь», согласно которому она представляет собой взаимосвязь явлений, одно из которых (причина) предшествует другому (следствию) и порождает его^{1, 2}.

Выявить причинную связь как условие наступления гражданской ответственности в медицинской деятельности одна из наиболее сложных задач в судебной практике. При рассмотрении спора по «медицинским делам» для правоприменителя одним из основных доказательств выступает заключение судебной экспертизы, в которой дается оценка причинной связи (прямая или косвенная) либо констатируется ее отсутствие³. По смыслу положений статьи 58 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская экспертиза направлена на установление

причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина⁴. Бывают случаи, когда в экспертном заключении причинная связь подразумевается, но не конкретизируется⁵.

Как показывает практика, при проведении экспертных исследований эксперты анализируют вопросы наличия либо отсутствия: недостатков в оказанной медицинской помощи, конкретного вреда здоровью пациента с указанием степени тяжести, причинной связи между выявленными дефектами и наступившим неблагоприятным исходом. Среди причин наступления вреда эксперты перечисляют ошибки, допущенные при постановке диагноза, определении тактики лечения, и в целом не оказание помощи в необходимом объеме.

К примеру, медицинские ошибки при сопровождении беременности и родах могут привести к тяжелым видам заболеваний, инвалидности, летальному исходу. В 2021 году Центральным районным судом г. Читы было рассмотрено гражданское дело по иску Ш. Т. в интересах её несовершеннолетнего сына к районной больнице о компенсации морального вреда в связи с причинением вреда здоровью ребенка. Судом установлено, что в 2004 году работники медицинской организации принимали роды у истицы, в результате оказания медицинской помощи в период ведения беременности и на этапе родоразрешения допущены дефекты оказания медицинской помощи, в том числе необходимо было проведение операции кесарево сечение, которая истице не была проведена⁶. Согласно

4 Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // СЗ РФ. 28.11.2011. №48. Ст. 6724.

5 Дергунов Д. Н., Малый А. Ю., Ромодановский П. О. Характерные особенности судебных дел в области стоматологии // Проблемы экспертизы в медицине, 2007, №26-2. С. 4-7.

6 Решение Центрального районного суда г. Читы от 24.03.2021 по делу №2-29/2021 // Официальный сайт «Центральный районный суд г. Читы Забайкальского края». URL: https://centr--cht.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=2&name_or=case&case_id=341348746&case_uid=10544d41-1140-43co-8fc4-202ff9b8c101&delo_id=1540005 (дата обращения: 21.11.2024).

1 Советское гражданское право: учебник. В 2 т. / под ред. О. А. Красавчикова. М.: Высшая школа, 1985. Т. 1. С. 519.

2 Грибанов В. П. Осуществление и защита гражданских прав. М.: Статут, 2000. С. 336.

3 Вермель И. Г. Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности. Свердловск, 1988. С. 4.

выводам судебно-медицинской экспертизы *между дефектами оказания медицинской помощи Ш. Т. в течении родов, наступлением асфиксии плода, а также формированием тяжелого постасфиксического органического поражения головного мозга у ребенка, приведшего к инвалидности, усматривается прямая причинно-следственная связь*⁷.

В решениях по гражданским делам суды оперируют «прямой» либо «косвенной» причинно-следственной связью. Как отмечают некоторые авторы, важно не просто установить причинную связь, а выявить юридически значимую⁸. При этом причиной негативного результата можно признать противоправное поведение причинителя вреда, когда оно напрямую с ним связано.

Указанная позиция коррелирует с Методическими рекомендациями от 21.06.2017 г. «Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи». Согласно рекомендациям «наличие не прямой (косвенной, опосредованной) причинной связи между противоправным деянием означает, что это деяние лежит за пределами данного конкретного случая, следовательно, за пределами юридически значимой причинной связи. В связи с этим при проведении судебно-медицинской экспертизы установление наличия или отсутствия причинной (прямой) связи между действием (бездействием) медицинского работника и наступлением у пациента неблагоприятно-

го исхода для экспертной комиссии является обязательным»⁹.

Об этом же говорится и в недавно выпущенных методических рекомендациях по порядку проведения судебно-медицинских экспертиз по материалам дела. Из текста рекомендаций следует, что эксперты вправе давать заключение о вреде здоровью пациента только при наличии прямой причинно-следственной связи с недостатками оказания медицинской помощи, и не могут оценивать предыдущие заключения экспертов¹⁰.

Выход последних рекомендаций, по мнению профессора А. А. Старченко, лишь подтвердил обоснованность претензий руководства Следственного комитета России к объективности и беспристрастности экспертиз по делам о медицинских ошибках, если они проводятся в учреждениях, которые подведомственны Министерству здравоохранения РФ. Кроме того, само введение термина «прямая причинно-следственная связь» делает выпущенные рекомендации ничтожными, поскольку ни в специализированном законодательстве о здравоохранении, ни в процессуальных кодексах, ни в порядках проведения судебно-медицинских экспертиз такого термина нет. Поэтому, как резюмирует профессор, теперь «принципу независимости отвечает только выполняемая страховыми компаниями экспертиза качества медицинской помощи»¹¹.

При этом в течение нескольких лет формируется судебная практика по удовлет-

7 Апелляционное определение Забайкальского краевого суда от 12 августа 2021 по делу №33-2400/2021 // Официальный сайт «Забайкальский краевой суд». URL: https://obsud--cht.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_or=doc&number=12352242&delo_id=5&new=5&text_number=1 (дата обращения: 21.11.2024).

8 Бондарева Е. А. Проблемы установления причинно-следственной связи в делах о причинении вреда здоровью при оказании медицинской помощи // URL: <https://pravoprim.spbu.ru/yurisprudentsiya/zawita-chesti-dostoinstva-i-delovoj-reputacii/item/129-problemy-ustanovleniya-prichinnosledstvennoj-svyaziv-delah-o-prichinenii-vreda-zdorovyu-pri-okazanii-medicinskoj-pomowi.html> (дата обращения: 17.10.2024).

9 Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту не оказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи: методические рекомендации. М.: ФГБУ РЦСМЭ Минздрава России, 2017. 32 с.

10 Методика проведения судебно-медицинской экспертизы: методические рекомендации. М., 2024. 34 с.

11 Российский центр судмедэкспертизы дал рекомендации по проведению СМЭ о некачественной медпомощи // Специализированный информационный онлайн-портал для медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Медвестник», 19.11.2024. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Rossiiskii-centr-sudmedekspertizy-dal-rekomendacii-po-provedeniju-SME-o-nekaceshstvennoi-medpomoshi.html> (дата обращения: 08.12.2024).

ворению исков пациентов к медицинским организациям даже при недоказанности наличия прямой причинной связи, но при наличии косвенной (опосредованной) связи. В 2020 году пересматривая решение по делу, судебная коллегия суда кассационной инстанции отметила, что *исходя из правового смысла статей 1064, 1085 ГК РФ в их взаимосвязи, суды первой и апелляционной инстанции пришли к правильному выводу о том, что отсутствие именно прямой причинно-следственной связи между установленными дефектами оказания медицинской помощи, допущенными врачом-хирургом городской больницы, и ухудшением состоянием здоровья истца не может послужить основанием для отказа в удовлетворении требований о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья; на основании имеющихся доказательств судом установлено наличие причинно-следственной связи непрямого характера; исход лечения болезни пациента мог бы быть благоприятным при организации и проведении ответчиком правильного лечения*¹².

Верховный Суд Российской Федерации не высказывал предпочтений ни какой-либо из существующих в доктрине теории причиной связи, ни выпускаемым медицинским сообществом рекомендациям по выявлению такой связи. Напротив, вышестоящая судебная инстанция одобрила складывающуюся практику и высказалась в пользу признания юридически значимой наличие даже косвенной причинной связи. Для применения мер гражданской ответственности достаточным будет уже тот факт, что дефекты оказания помощи гипотетически снижают шансы на благоприятный исход лечения для пациента. При этом, как считает Верховный Суд Российской Федерации, характер причинной связи не может служить основанием для отказа в удовлетворении исковых требова-

12 Определение Третьего кассационного суда общей юрисдикции от 02.03.2020 по делу №88-2577/2020 // Официальный сайт «Третий кассационный суд общей юрисдикции». URL: https://3kas.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&name_op=doc&number=5910740&delo_id=2800001&new=2800001&text_number=1&srv_num=1 (дата обращения: 07.12.2024).

ний, но может повлиять на размер ответственности¹³.

Экспертное заключение должно сориентировать правоприменителя на определение взаимосвязи между действиями (бездействиями) работником медицинской организации и наступившими последствиями в виде вреда пациенту, быть информативным, содержать аргументированные и прямые ответы на поставленные вопросы. В отличие от уголовно-процессуального законодательства положения Гражданского процессуального кодекса РФ позволяют суду мотивированно не согласиться с заключением эксперта, но в случае принятия заключение экспертизы должно быть оценено в совокупности с другими доказательствами по делу (ст. 86).

Так, в 2021 году решением Волжского городского суда истце было отказано в удовлетворении требований о взыскании компенсации морального вреда и расходов на приобретение лекарственных препаратов в связи с некачественным оказанием медицинской помощи¹⁴. Суд сослался на заключение комиссии экспертов, согласно которому не усматривается причинно-следственной связи между действиями работников больницы и причинением вреда здоровью потерпевшей. При этом факт неисполнения ответчиком клинических рекомендаций при оказании помощи, по мнению суда, не является существенным, поскольку рекомендации носят не обязательный характер, нормативно-правовыми актами не регулируются. Рассмотрев кассационную жалобу истицы, Верховный Суд РФ отменил решение по делу, отметив, что суд первой инстанции не оценил в совокуп-

13 Определение Верховного Суда Российской Федерации от 21.02.2022 по делу №75-КГ21-4-КЗ // Официальный сайт «Верховный Суд Российской Федерации». URL: <https://www.vsrfr.ru/lk/practice/cases/12-33179672#12-33179672> (дата обращения: 07.12.2024).

14 Решение Волжского городского суда Волгоградской области от 21.12.2021 по делу №2-1322/2021 // Официальный сайт «Волжский городской суд Волгоградской области». URL: https://vol-vol.sudrf.ru/modules.php?name=sud_delo&srv_num=1&name_op=doc&number=560704984&delo_id=1540005&new=0&text_number=1 (дата обращения: 20.11.2024).

ности с судебно-медицинской экспертизой заключение экспертизы качества оказания медицинской помощи, которое выявило многочисленные нарушения работниками больницы¹⁵.

Вопрос о доверии заключению судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) весьма обсуждаемый и правозащитниками, и пациентами, пострадавшими от медицинского вмешательства. В частности, тот факт, что СМЭ назначаются в подведомственных Минздраву бюро и даже в других регионах, и все же заключения экспертов вызывают недоверие среди пострадавших пациентов, возникают опасения в независимости, беспристрастности и объективности экспертов.

Пытаясь решить проблему, в целях объективного расследования уголовных дел в отношении врачей и медицинских работников руководитель Следственного комитета России (СКР) в 2022 году запретил назначать экспертизы по делам в подведомственные Минздраву учреждения и поручил назначать их в судебно-экспертные центры СКР¹⁶. С принятием такого решения ожидается беспристрастность «следственных» экспертов в принятии решений, неза-

висимых напрямую от Минздрава РФ. Но у правозащитников возникает вопрос о том, сможет ли СКР своевременно справиться с проведением экспертиз, учитывая количество «врачебных дел», а также каково будет качество заключений экспертов, у которых возможно квалификация и опыт ниже, чем у работников бюджетных организаций здравоохранения¹⁷.

Как вариант решения проблемы доверия заключению экспертов по «медицинским спорам» можно предложить, чтобы судебные экспертизы по делам проводились специалистами, которые в своей деятельности при принятии решения будут независимы от органов системы здравоохранения. Возможно, это будет отдельное экспертное подразделение Министерства юстиции или Роспотребнадзора, где также будут работать судмедэксперты, но уже можно будет говорить об исключении прямого влияния Минздрава на принимаемые экспертами решения.

Резюмируя вышеизложенное, отметим, что под причинной связью следует понимать конкретную и реально существующую взаимосвязь между противоправным поведением работников медицинской организации и вредом, причиненным жизни или здоровью пациента вследствие оказания некачественной медицинской помощи.

¹⁷ Бастрыкин возьмет под контроль экспертизы по связанным с врачебными ошибками делам // Специализированный информационный онлайн-портал для медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Медвестник», 06.10.2022. URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Bastrykin-vozm-et-pod-kontrol-ekspertizy-po-svyazannym-s-vrachebnymi-oshibkami-delam.html> (дата обращения: 13.12.2024).

¹⁵ Определение Верховного Суда Российской Федерации от 21.08.2023 по делу № 16-КГ23-23-К4 // Официальный сайт «Верховный Суд Российской Федерации». URL: https://www.vsrfr.ru/lk/practice/stor_pdf/2282598 (дата обращения: 20.11.2024).

¹⁶ Глава Следкома РФ запретил подчиненным обращаться за судмедэкспертизами в учреждения Минздрава // Новостной портал «БК55», 31.10.2022. URL: https://bk55.ru/news/article/209611/?utm_source=yandex.ru&utm_medium=organic&utm_campaign=yandex.ru&utm_referrer=yandex.ru (дата обращения: 13.12.2024).

Об авторе:

Салоян Гулия Вазировна — помощник судьи Приволжского районного суда Ивановской области, советник юстиции 3 класса, Иваново, gulia.saloyan@yandex.ru

Gulia Vazirovna Saloyan — Assistant judge of the Privolzhsky District Court of the Ivanovo region, Adviser of Justice of the 3rd class, Ivanovo

© Салоян Г. В., 2024

Для цитирования:

Салоян Г. В. Установление причинной связи как условие наступления гражданской ответственности за вред, причиненный жизни или здоровью пациента // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 94-99.

For citation:

Saloyan G. V. Establishing a causal link as a condition for the occurrence of civil liability for harm caused to the life or health of a patient // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 94-99.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 16.12.2024 г.

Старченко А. А.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ И АКТИВНАЯ ЖИЗНЬ»: НЕГАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВНОЙ ПРАВОВОЙ БАЗЫ

В представленной статье подробно рассматривается проблема внедрения в систему контроля качества клинических рекомендаций в виде единственного основания. С использованием обширного и глубокого правового анализа показана проблематичность такого подхода и отмечены в качестве его прямых последствий невозможность обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи в Российской Федерации, а также прямой правовой конфликт между всеми субъектами правоотношений в системе здравоохранения, в правоохранительной и судебной системах Российской Федерации.

Ключевые слова: клинические рекомендации, порядки и стандарты, медицинское право, медицинское страхование, обязательное медицинское страхование, медицинская помощь, доступность

Alexey Starchenko

THE NATIONAL PROJECT «LONG AND ACTIVE LIFE»: NEGATIVE PROBLEMS OF CHANGING THE REGULATORY FRAMEWORK

The presented article examines in detail the problem of introducing clinical recommendations into the quality control system as a single basis. Using an extensive and in-depth legal analysis, the problematic nature of this approach is shown and the impossibility of ensuring accessibility and quality of medical care in the Russian Federation, as well as a direct legal conflict between all subjects of legal relations in the healthcare system, law enforcement and judicial systems of the Russian Federation are noted as its direct consequences.

Keywords: clinical guidelines, procedures and standards, medical law, medical insurance, compulsory medical insurance, medical care, accessibility

I. Стандартизация медицинской помощи — основа конституционного равенства права граждан на равный объем и качество медпомощи независимо от территории проживания, страхования и оказания медицинской помощи.

Стандартизация медицинской помощи в новой России началась приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в

здравоохранении»¹. Идеология стандартизации ставила целью нормативным актом Минздрава России принудить субъекты РФ в лице министров субъектов РФ и главных врачей к обеспечению лечащих врачей ресурсами для оказания медпомощи по забо-

1 Приказ Минздрава РФ от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» // URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=374459#VgiiwbUTOММОЕ8wQ> (дата обращения: 20.11.2024).

леваниям с высоким уровнем смертности и инвалидности.

Таким образом, стандарты — это федеральные нормативные правовые акты, предполагающие достижение важных конституционных целей, обеспечивающих единства государства:

- обеспечение конституционного равенства граждан на получение медпомощи равного объема и качества во всех субъектах РФ и оказания медпомощи;
- обеспечение практических лечащих врачей ресурсами для оказания медицинской помощи равного объема и качества во всех субъектах оказания медпомощи;
- обеспечение прав граждан — застрахованных лиц на защиту прав в сфере здравоохранения на бесплатное оказание медпомощи по стандартам, надлежащее качество оказанной медпомощи (ст. 18 Закона РФ №323-ФЗ) и возмещение вреда жизни и здоровью, причиненного невыполнением требований нормативных актов — стандартов;
- обеспечение права граждан на справедливое судебное рассмотрение на основе требований нормативных актов — стандартов.

Введение в жизнь Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь»² парадоксально сопровождается исключением стандартов медпомощи из практики контроля в системе ОМС приказом МЗ РФ от 04.09.2024 г. №449н³, что не

2 Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» // URL: <https://xn--80aapampemcchfm07a3c9ehj.xn--p1ai/new-projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/> (дата обращения: 20.11.2024).

3 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.09.2024 № 449н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202410040008> (дата обращения: 20.11.2024).

будет способствовать целям проекта. Новации указанного приказа не смогут быть аргументами в судебных инстанциях, т.к. эксперты системы ОМС и страховые медицинские организации (СМО), обязанные защищать пациентов, будут в этой своей деятельности на досудебном и судебном уровнях руководствоваться прямыми нормами законодательства РФ.

1. Так, статья 3 Закона РФ №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»⁴ гласит:

«Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе. Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

п. 4) страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

п. 5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее — страховое обеспечение) — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации».

1.1. В части 4 статьи 35 Закона РФ №326-ФЗ установлено:

«4. Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Таким образом, выплата страхового обеспечения в системе ОМС невозможна без контроля выполнения стандарта медицинской помощи.

1.2. При этом статьей 44 «Персонифицированный учет сведений о застрахованных

4 Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения: 20.11.2024).

лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам» Закона РФ №326-ФЗ установлено, что:

«ч. 1. В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

ч. 4. При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений:

п. 11) примененные стандарты медицинской помощи».

1.3. Статьей 50 «Программы и мероприятия по модернизации здравоохранения» Закона РФ №326-ФЗ установлено:

«ч. 3. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

п. 3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами».

2. В соответствии с нормами ст. 38 Закона РФ №326-ФЗ страховая медицинская организация обязана защищать права граждан — застрахованных лиц — пациентов в системе ОМС, причем методом защиты является проведение экспертизы качества оказанной застрахованным лицам медицинской помощи:

«Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

ч. 2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

п. 8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных

нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о возможности обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, а также об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с настоящим Федеральным законом;

п. 10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

п. 12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».

3. Права граждан — застрахованных лиц — пациентов в системе ОМС, которые обязаны защищать страховая медицинская организация ТФОМС установлены:

3.1. Статья 4 «Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования» Закона РФ №326-ФЗ гласит, что: «Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

п. 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика».

3.2. Статьей 16 «Права и обязанности застрахованных лиц» Закона РФ №326-ФЗ установлено, что:

«ч. 1. Застрахованные лица имеют право на:

п. 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая;

п. 9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с

неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

п. 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования».

3.3. Статьей 18 Закона РФ №323-ФЗ установлено право граждан — застрахованных лиц — пациентов на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи:

«Статья 18. Право на охрану здоровья.

ч. 2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи».

3.4. Статьей 10 Закона РФ №323-ФЗ установлена обязательность использования стандартов медпомощи в установлении (контроле) факта надлежащего или не надлежащего качества оказанной медпомощи:

«Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

п. 4) применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи».

Из данной прямой нормы Закона РФ следует: невыполнение стандарта не обеспечивает качество медицинской помощи, что обязывает при установлении ненадлежащего (или надлежащего) качества при экспертизе качества медпомощи в обязательном порядке использовать стандарт медпомощи.

3.5. Статья 79 «Обязанности медицинских организаций» Закона РФ №323-ФЗ⁵ установлена обязанность медицинских ор-

ганизаций организовывать и осуществлять медицинскую деятельность с учетом стандартов медицинской помощи:

«ч. 1. Медицинская организация обязана:

п. 2) организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и с учетом стандартов медицинской помощи».

3.6. Статьей 37 «Организация оказания медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ прямо предусмотрено исполнение требований стандартов:

«ч. 1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

п. 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

3.7. В соответствии с нормой части 14 Статьи 37 Закона РФ №323-ФЗ в состав стандарта включены:

- перечень медицинских услуг для постановки диагноза,
- перечень медицинских услуг для осуществления лечения и контроля за лечением;
- перечень специалистов, которые должны лечить данное заболевание и проводить дифференциальную диагностику;
- перечень лекарственных препаратов для лечения заболевания;
- перечень медицинских изделий для имплантации больному;
- перечень компонентов крови для лечения;
- лечебное питание,

т.е. всё то, без чего НЕМЫСЛИМО надлежащее качество оказанной медпомощи, а, следовательно, и для установления факта надлежащего или ненадлежащего качества, т.е. для экспертизы качества медпомощи в системе ОМС.

Так, статьёй 37 Закона РФ №323-ФЗ установлено, что:

«ч. 14. Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических

⁵ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 20.11.2024).

рекомендаций, одобренных и утвержденных в соответствии с настоящей статьей, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

п. 1) медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг;

п. 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

п. 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

п. 4) компонентов крови;

п. 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

п. 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния)».

3.8. Статьей 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ установлено правило ее формирования: с учетом стандартов медпомощи:

«ч. 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики».

Совершенно точно, что Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ГАРАНТИРУЕТ оказание медицинской помощи НАДЛЕЖАЩЕГО качества на основе стандартов медпомощи, поэтому исключение стандартов из системы контроля приведет к аннулированию необходимой обратной связи между формируемой программой и качеством, которое гаранти-

руется применением стандартов. Если не выполнять требования стандартов, то государственная гарантия надлежащего качества медпомощи фиктивна.

3.9. Частью 3 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ устанавливается государственная гарантия БЕСПЛАТНОСТИ оказания медпомощи с учетом стандартов:

«ч. 3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

п. 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи».

А как установить нарушение права гражданина — застрахованного лица — пациента на бесплатное оказание медпомощи (п. ч. 1 ст. 16 Закона РФ 326-ФЗ), исключив стандарты медпомощи, в состав которых включены перечни медуслуг (консультаций, диагностических и лечебных мер, операций) оказываемых бесплатно, перечни лекарств и изделий для имплантации, компонентов крови, предоставляемых бесплатно, из контроля в системе ОМС? Исключение стандарта из системы контроля в системе ОМС приведет к массовому нарушению права на бесплатную медпомощь к взиманию средств с пациентов за консультации, диагностику, операции, лекарства и т.д. Но эксперты СМО в судах будут апеллировать к этой норме закона, устанавливая нарушение права пациента на бесплатное предоставление услуг, указанных в стандарте.

3.10. Аналогично исключение стандартов из системы контроля обесценит государственные гарантии территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, т.к. проконтролировать бесплатность медпомощи и исполнение требования ч. 4 ст. 81 Закона РФ №323-ФЗ будет невозможно («ч. 4. При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются: п. 1. порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи»).

4. Исключение стандартов из системы контроля качества оказанной медпомощи в системе ОМС противоречит норме ч. 6 статьи 40 Закона РФ №326-ФЗ, которой установлено:

«Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

ч. 6. Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Пунктом 21 ч. 1 ст. 2 Закона РФ №323-ФЗ установлено:

«ч. 1. Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

п. 21) 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».

Указанными выше нормами установлено, что надлежащее качество медпомощи — это правильный выбор методов диагностики и лечения. Исключение стандартов медпомощи нарушает право граждан на надлежащую экспертизу медпомощи (и как следствие на возмещение вреда), т.к.

без стандарта невозможно установить правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения, т.е. выполнить требования ч. 6 ст. 40 Закона РФ №326-ФЗ.

II. Критерии оценки качества медицинской помощи — наиболее общие и грубые формулировки требований, направленные на снижение смертности в максимально рейтинговых сферах здравоохранения. Институт критериев оценки качества медицинской помощи появился впервые в 2011 году в Законе РФ №323-ФЗ:

«Статья 64. Экспертиза качества медицинской помощи.

ч. 2. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Первым нормативным документом — был приказ МЗ РФ от 07.2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»⁶, который действовал до 1 июля 2017 г., когда в юридическую силу вступил более детально проработанный приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»⁷, который содержит специальную часть — критерии оценки качества по нозологиям. Конкретные критерии оценки также представляют собой грубые неточные формулировки требований, направленные на снижение смертности. Примеры:

«3.2.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы (код по МКБ-10: C50):

10. Выполнена химиотерапия и/или гормонотерапия и/или таргетная терапия и/

6 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: <https://base.garant.ru/71162662/> (дата обращения: 20.11.2024).

7 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // URL: <https://base.garant.ru/71675880/> (дата обращения: 20.11.2024).

или лучевая терапия при наличии морфологической верификации диагноза (при химиотерапии и/или гормонотерапии и/или таргетной терапии и/или лучевой терапии).

11. Выполнена адъювантная химиотерапия и/или таргетная терапия и/или гормонотерапия не позднее 30 дней от момента хирургического вмешательства (при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний)».

Критерий оценки качества — терапия любым препаратом в любой дозе!

«3.1.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при гриппе с пневмонией (коды по МКБ-10: J10.0; J11.0):

11. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний).

3.1.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при менингите (коды по МКБ-10: A39.0+; A87; G00; G01*; G02*; G03):

10. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при выявлении бактериальной инфекции).

3.1.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при септицемии (сепсисе) (коды по МКБ-10: A02.1; A39.2; A40; A41; A42.7; A49.9; V37.7; R57.2).

6. Начата терапия антибактериальными лекарственными препаратами и/или противогрибковыми лекарственными препаратами и/или противовирусными лекарственными препаратами не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при септическом шоке, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний).

3.15.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе (код по МКБ-10: O85):

12. Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний).»

Критерий оценки качества — терапия любым антибиотиком в любой дозе!

3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ — 10: I60 — I63; G45).

20. Отсутствие пролежней в период госпитализации.

21. Отсутствие тромбозов и тромбоэмболических осложнений в период госпитализации.

Отсутствует внутрибольничная инфекция — госпитальная пневмония, мочевиновая инфекция и др.

Таким образом, приказ МЗ РФ №203н о критериях оценки содержит грубые формулировки требований по оказанию медпомощи. Тогда как точная формулировка требований по оказанию медпомощи содержится в тексте Клинических рекомендаций.

III. Клинические рекомендации — важнейший источник права, утвержденный в этом качестве Определением Верховного Суда РФ от 21.08.2023 г. №16-КГ23-23-К4⁸.

В соответствии с нормой п. 23 части 1 статьи 2 Закона РФ №323-ФЗ:

«п. 23) клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Как институция клинические рекомендации появились в 2011 году в статье 76 Закона №323-ФЗ, как полномочие профессиональных некоммерческих организаций: «Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи». Законом РФ от 25.12.2018 г. №489-ФЗ КР приобрели обязательный для исполнения статус.

8 Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 21.08.2023 N 16-КГ23-23-К4 // URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB&n=778335#OCxwbUmwohUjDZV1> (дата обращения: 20.11.2024).

Однако проект приказа МЗ РФ «Об утверждении разъяснений по применению клинических рекомендаций»⁹, в конечном итоге, направлен против целей нового национального проекта, в силу следующих обстоятельств:

- Клинические рекомендации не соответствуют признакам отнесения к нормативным правовым актам и, следовательно, не являются нормативными правовыми актами.
- Клинические рекомендации не выступают предметом федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, определенного в части 2 статьи 87 закона №323-ФЗ.
- Клинические рекомендации исходя из части 2 статьи 64 закона №323-ФЗ, служат основой формирования критериев оценки качества медицинской помощи.
- Критерии оценки качества медицинской помощи утверждены приказом МЗ РФ от 10 мая 2017 г. №203н и содержат положения, предусматривающие применение клинических рекомендаций при установлении клинического диагноза и проведении коррекции плана обследования и плана лечения.
- Соответствие оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи согласно части 2 статьи 87 закона №323-ФЗ отнесено к предмету федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности.

Указанный проект Разъяснений не сможет быть принят во внимание экспертами системы ОМС и судами, поскольку он противоречит ниже перечисленным требованиям действующего законодательства:

1. В соответствии со ст. 10 «Доступность и качество медицинской» помощи Закона

⁹ Проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка применения клинических рекомендаций» // URL: <https://fedlab.ru/nashi-novosti/primite-uchastie-v-obsuzhdenii-proekta-ob-utverzhenii-poryadka-primeneniya-klinicheskikh-rekomendats/> (дата обращения: 20.11.2024).

РФ №323-ФЗ установлена обязательность использования стандартов медпомощи в установлении (контроле) факта надлежащего или не надлежащего качества оказанной медпомощи:

«п. 4) применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи».

2. Статьей 79 «Обязанности медицинских организаций» Закона РФ №323-ФЗ установлена обязанность медицинских организаций организовывать и осуществлять медицинскую деятельность с учетом стандартов медицинской помощи:

«ч. 1. Медицинская организация обязана: п. 2.1) обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи».

3. Статьей 37 «Организация оказания медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ прямо предусмотрено исполнение требований стандартов:

«ч. 1. Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

п. 3) на основе клинических рекомендаций».

4. Частью 3 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ устанавливается государственная гарантия БЕСПЛАТНОСТИ оказания медпомощи с учетом стандартов:

«ч. 3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан: 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов, медицинской помощи».

5. Статьей 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона РФ №323-ФЗ установлено правило ее формирования:

«ч. 7. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций».

6. Приложением №29 к Порядку проведения судебно-медицинской экспертизы, утв. приказом МЗ РФ от 25 сентября 2023 г. №491н¹⁰ «Правила проведения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела» предусмотрено:

«п. 9. При проведении экспертизы по делам о качестве медицинской помощи ответы на вопросы, касающиеся оказанной медицинской помощи, формулируются с обязательной ссылкой на действующие в момент оказания медицинской помощи нормативные правовые акты, в том числе: порядки оказания медицинской помощи, а также клинические рекомендации».

Таким образом, с учётом сказанного выше, судебный этап защиты прав застрахованных лиц на надлежащее качество медицинской помощи предусматривает оценку исполнения клинических рекомендаций, что накладывает на эксперта СМО и СМО обязательство при экспертизе в обязательном порядке оценивать качество оказанной медпомощи с точки зрения исполнения требований КР.

10 Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 сентября 2023 г. №491н «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы» // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407773441/> (дата обращения: 20.11.2024).

7. Определением Конституционного Суда РФ от 26 сентября 2024 г. №2531-О¹¹ подтверждено: «законоположения (Закон РФ №323-ФЗ), обеспечивающие надлежащее оказание гражданину медицинской помощи не предполагают оказания медицинской помощи с нарушением клинических рекомендаций».

8. Определением Конституционного Суда РФ от 25.04.2024 г. №1094-О¹² подтверждено: «В силу Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» каждый имеет право на медицинскую помощь (часть 1 статьи 19), которая организуется и оказывается: на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи. Приведенные предписания образуют правовую основу охраны здоровья граждан и действуют во взаимосвязи с иными нормами данного Закона, закрепляющими в числе прочего, что медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи; вред, причиненный жизни и (или) здоро-

11 Определение Конституционного Суда РФ от 26.09.2024 №2531-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Романовского Сергея Николаевича на нарушение его конституционных прав положениями Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации, Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации «Об учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации», Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы» // URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-26092024-n-2531-o/> (дата обращения: 20.11.2024).

12 Определение Конституционного Суда РФ от 24.04.2018 №1094-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Афоничева Олега Станиславовича на нарушение его конституционных прав частями 3 и 4 статьи 21 Федерального конституционного закона «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов - Республики Крым и города федерального значения Севастополя»» // URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-konstitutsionnogo-suda-rf-ot-24042018-n-1094-o/> (дата обращения: 20.11.2024).

вью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ».

Любое управление, в т.ч. здравоохранением и качеством медпомощи, подразумевает сочетание грубой и точной (тонкой) регулировки.

Критерии оценки качества формируются, как грубое управление качеством, как наиболее жесткие требования клинические рекомендации, не исполнение которых неизбежно приведет к неблагоприятному исходу. Применение критериев оценки качества на практике в экспертной деятельности невозможно без детальных точных формулировок клинических рекомендаций, которые часто выступают в качестве условий исполнения критериев оценки качества. Например, критерий оценки при злокачественных новообразованиях (ЗНО) «применена химиотерапия и/или таргетная терапия, и/или иммунотерапия» требует в качестве условия исполнения точных рекомендаций по выбору конкретных препаратов из текста клинических рекомендаций. При этом неисполнение указанного выше критерия

оценки качества при ЗНО неминуемо приведет больного ЗНО к смерти.

Клинические рекомендации — совокупность точных регулировок управления качеством — требований, не исполнение которых приведет к повышению риска прогрессирования заболевания и/или повышению риска возникновения осложнения или нового заболевания.

Таким образом, в настоящее время Законом РФ №323-ФЗ и Определением Конституционного Суда РФ от 25.04.2024 г. №1094-О предусмотрена сложившаяся правовая система сферы здравоохранения, которая устанавливает ответственность медицинских организаций за нарушение прав застрахованных лиц в сфере охраны здоровья граждан, и, прежде всего, права на доступную бесплатную медпомощь надлежащего качества, которое охраняются в случае нарушения — восстанавливаются СМО в досудебном и судебном порядке на основе результатов экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядками, стандартами медпомощи и клиническими рекомендациями на основе прямых норм Законов РФ.

Об авторе:

Старченко Алексей Анатольевич — президент некоммерческого партнерства «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», доктор медицинских наук, профессор, Москва, medadvokat2@mail.ru

Alexey Anatolyevich Starchenko — President of the Non-profit Partnership National Agency for Patient Safety and Independent Medical Expertise, MD, Professor, Moscow

© Старченко А. А., 2024

Для цитирования:

Старченко А. А. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь»: негативные проблемы изменения нормативной правовой базы // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 100-109.

For citation:

Starchenko A. A. National project «Long and active life»: negative problems of changing the regulatory framework // Medical Law: Theory and Practice. 2024. №3-4 (25-26). Р. 100-109.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 27.11.2024 г.

Трунов И. Л., Айвар Л. К.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

В России впервые гражданско-правовой институт лечения бесплодия с применением суррогатного материнства квалифицирован как криминальное преступление. В различных субъектах возбуждены однотипные уголовные дела по ст. 127.1 УК РФ «Торговля людьми». Появился новый вид состава преступления, квалифицируемого по ст. 127.1 УК РФ — участие одиноких мужчин в программах вспомогательных репродуктивных технологий с применением суррогатного материнства. В статье представлен обширный фактологический материал, отражающий сложность и глубину проблемы, обосновывающий необходимость внесения различных поправок в действующее законодательство с целью более четкой регламентации устранения дискриминации и наведения порядка в сфере вспомогательных репродуктивных технологий, соблюдения прав детей и их родителей.

Ключевые слова: *вспомогательные репродуктивные технологии, биотехнологии, дети будущего, донорский материал, суррогатное материнство, торговля людьми, одинокие мужчины, бесплодие*

Igor Trunov, Lyudmila Ayvar

LEGAL REGULATION OF SURROGACY IN CRIMINAL PROCEEDINGS

In Russia for the first time, the civil institution of infertility treatment with the use of surrogate maternity is qualified as a criminal offense. In different regions of Russia, the same type of criminal cases of criminal law qualification was initiated under Art. 127.1 of the Criminal Code of the Russian Federation. A new type of crime has appeared, qualified under Article 127.1 of the Criminal Code of the Russian Federation — the participation of single men in assisted reproductive technology programs using surrogacy. The article presents extensive factual material reflecting the complexity and depth of the problem, justifying the need to introduce various amendments to the current legislation in order to more clearly regulate the elimination of discrimination and restore order in the field of assisted reproductive technologies, respect for the rights of children and their parents.

Keywords: *Assisted reproductive technologies, biotechnologies, children of the future, donor material, surrogacy, human trafficking, single men, infertility*

*Если бы ради ребенка потребовалось лететь
на Северный полюс и жить девять месяцев
в эскимосской хижине из снега,
я бы отправилась без колебаний.*

Софи Лорен

Развитые страны все больше погружаются в демографический кризис, всем становится очевидно, что нужны новые подходы, просто денежным стимулированием и льготами ничего сделать не удаётся, и чем более развита в технологическом аспекте и богата в материальные ресурсы страна, тем

выше уровень старения населения и демографические проблемы.

Одновременно с проблемами демографии зреет убеждение, что те страны, которые создадут и запустят более продвинутые технологии, будут контролировать будущее. Передел мира идет в жесткой борьбе и пре-

имущество будет за обладателями главного стратегического ресурса — интеллекта и систем, создающих наукоемкую продукцию и это напрямую связано с ростом населения и его образований.

В Китае двузначный рост биотехнологической отрасли, это одна из самых быстрых стран по внедрению новых биотехнологий. Китай интенсивно создаёт технологию размножения, в стране создана матка «экзокомб», для вынашивания эмбрионов совмещенной с самообучающейся няней с искусственным интеллектом [1, 2].

Китайскую технологию можно рассматривать как развитие этого направления, имеющего достаточно давнюю историю¹. Подобные работы проводились и в СССР. В 1960-1970 гг. Ленинграде, в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта разработкой и созданием искусственной матки занимался О. Г. Белокуров, которому 30.11.1979 г. было выдано авторское свидетельство №553765 на «Устройство для моделирования процессов плодоношения». Однако, автор, перенеся инсульт, в конечном итоге, изменил свои взгляды: «Мне было 55 ... Я решил, что это мне кара за то, что задумал усовершенствовать созданное Богом, раскаялся и отрекся от своей идеи.»².

Большой вклад в развитие репродуктологии внесли работы В. М. Данчаковой (1879–1950), совершившей одно из наиболее важных открытий в биологии XX века, описав одновременно с А. А. Максимовым стволовые клетки. Её последующие опыты, проводимые в Тимирязевском научно-исследовательском институте на человеческих зародышах, привели, в частности, к успешной культивации зародышевого сердца человека вне тела матери³.

1 Младенец из пакета: что нужно знать об искусственной матке // URL: <https://heroine.ru/mladenetsiz-paketa-cto-nuzhno-znat-ob-iskusstvennoj-matke/> (дата обращения: 11.11.2024).

2 Железная матка для диктатуры пролетариата // URL: <https://www.kp.ru/daily/22511/16011/> (дата обращения: 11.11.2024).

3 Россиянов К. О., Кожевников А. Б. «Дети из пробирки» в истории советской биологии: исследования В. М. Данчаковой и А. А. Шороховой // URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_49124017_98993050.pdf (дата обращения: 11.11.2024).

Сюжет фильма «Матрица», уже реальность, только она более совершенна и соединяется с возможностью подбора биоматериала (спермы и яйцеклеток) от самых талантливых людей и возможностями по редактированию генома. Те страны, которые сегодня запустят финансирование криобанков генетического материала и оплату (пока) суррогатных матерей с последующим воспитанием детей в государственных учебных заведениях, через 20–30 лет получат серьезные преимущества.

Пока на пути массового высокотехнологичного клонирования стоят только юридические препоны в виде запретительных законов. Наука мчит вперёд на сверхскоростях и параллельно кипит работа, направленная на устранение юридических и этических препон.

Китай уже оплачивает экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), перенос эмбрионов в полость матки, заморозку и хранение спермы и яйцеклеток и более десятка других репродуктивных технологий, параллельно запущена национальная «Программа тысячи талантов». США не отстают от Китая, но не афишируют свои достижения, которые ведут, в том числе, в третьих странах, прикрываясь различными типами и уровнями секретности информации.

В это непростое время поисков решения демографических проблем, основанных на применении различных и научных подходов в области репродуктивных технологий, в России, в отношении одного из видов данных технологий — суррогатного материнства — наблюдается развитие обратного тренда.

Осуждение несколько врачей и специалистов, указывает на то, что заниматься развитием репродуктивных биотехнологий в виде суррогатного материнства опасно и правовые последствия этого могут быть непредсказуемыми.

В целом, легальное суррогатное материнство в Российской Федерации имеет нестабильную правоприменительную практику. Правовая же определенность является одним из неотъемлемых свойств правоприменения, направленных на защиту прав личности. Неоднозначность, неяс-

ность и противоречивость регулирования недопустимы, поскольку, препятствуя надлежащему уяснению его содержания, открывают перед правоприменителем возможности неограниченного усмотрения, ослабляющего гарантии конституционных прав и свобод⁴.

Несмотря на внесенные в законодательство поправки, непредсказуемость правоприменительной практики, к сожалению, сохраняется, что противоречит одному из принципов Римского права: «Право может и должно быть определенным» [3].

Российская криминальная хроника, как и любая другая, постоянно представляет самые разнообразные пороки общества, включая крайне изощрённые и жестокие.

В частности, в России способ лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), основанный на использовании суррогатного материнства, был квалифицирован как преступное деяние. Следует признать то, что вплоть до определённого момента в российском праве, практически, отсутствовали какие-либо ограничения в отношении данного способа. Но ситуация внезапно резко изменилась.

От практически ничем не ограниченного применения суррогатного материнства Российская Федерация, практически одномоментно перешла к диаметрально противоположному подходу к регулированию данного вида репродуктивных технологий. Фактически государством было ясно обозначено стремление занять правовую позицию в области регулирования данного вида репродуктологии, близкую к таковой в таких странах как Германия, Италия, Испания, подобную регулированию, закреплённому в законодательстве большинства стран Европейского Союза, в которых суррогатное материнство либо полностью запрещено, либо не признает-

ся^{5, 6, 7, 8}. Однако, в этом стремлении мы, к сожалению, наблюдаем радикально резкий разворот на 180°, осуществлённый без какой-либо предварительной правовой подготовки. Безусловно, это влечёт за собой целый ряд правоприменительных проблем, связанных, прежде всего, с квалификацией деяний и различными процессуальными аспектами.

Так, в различных субъектах РФ возбуждены однотипные уголовные дела по ст. 127.1 УК РФ «Торговля людьми». Уголовные дела по ст. 127.1 УК РФ тем не менее имеют свою особенность, квалификация подразумевает «Куплю-продажу человека», что означает ответственность, как продавца, так и покупателя, но в нашем правовом поле привлекают только сторону так называемого продавца — это врачи, юристы, суррогатные матери. Дети потерпевшие, а вот покупатели, иностранные граждане, просто свидетели, в отличии, к примеру, от Камбоджи, где «покупатели» были приговорены к 10 годам лишения свободы.

В 2018 году город Пномпень в Камбодже возбудили уголовные дела и арестовали 30 беременных суррогатных матерей. «Суррогатное материнство означает, что женщины готовы продавать младенцев, и мы это считаем торговлей людьми», — заявил Чоу Бун Енг, государственный секретарь МВД и заместитель председателя национального комитета. «Мы не хотим, чтобы Камбоджа была известна как место, где производят детей за деньги». Правда в Камбодже до сих пор, не приняли конкретного закона, запрещающего суррогатное материнство, правительством была применена общая уголовная ответственность против торгов-

5 Ребенок любой ценой: почему в Германии запрещено сурматеринство // URL: <https://goo.su/iT3BR> (дата обращения: 13.11.2024).

6 В Италии приняли закон, запрещающий суррогатный туризм // URL: <https://rg.ru/2024/10/17/v-italii-priniali-zakon-zapreshchaiushchij-surrogatnyj-turizm.html> (дата обращения: 13.11.2024).

7 Италия запретила пользоваться услугами суррогатных матерей за границей // URL: <https://goo.su/bpJxHU> (дата обращения: 13.11.2024).

8 Тупик для суррогатных детей // URL: <https://ru.euronews.com/health/2023/04/03/the-cube-surrogacy-controversy> (дата обращения: 13.11.2024).

4 «Конституционно-правовая защита предпринимательства: актуальные аспекты (на основе решений Конституционного Суда Российской Федерации 2018-2020 годов)» (одобрено решением Конституционного Суда РФ от 17.12.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_374913/76d6e371c9956235c4b329710ca52f5fd91f8c9/ (дата обращения: 13.11.2024).

ли людьми, предусматривающая наказание до 20-лет лишения свободы [4].

В Российской Федерации в 2020 году был реализован аналогичный подход.

Депутат и вице-спикер Госдумы Петр Толстой: «рождение детей за деньги на продажу иностранцам — абсолютно позорное для России явление, его надо запретить, действительно нужно сделать всё, чтобы это было под контролем, чётким, твердым, жёстким контролем государства, никакой продажи детей за границу не было» [5].

СК РФ 14.01.2020 возбуждает первое в истории российской криминалистики уголовное дело о торговле младенцами, рожденными суррогатными матерями [19]. В Одинцовском районе Подмосковья в одной из квартир обнаружили трех младенцев, генетические родители которых иностранные граждане. Врачам, юристам и суррогатным матерям (всего привлечено по уголовному делу 9 чел.), было вменено 17 эпизодов преступлений в отношении 24 детей. Инкриминируется торговля людьми — п. «в» ч. 3 ст. 127.1 УК РФ⁹, то есть купля-продажа человека, совершенные в отношении двух и более лиц, в отношении несовершеннолетнего, с перемещением потерпевшего через Государственную границу РФ, в отношении лица, заведомо для виновного, находящегося в беспомощном состоянии, совершенные организованной группой. Состав преступления, по мнению СК РФ, заключается в том, что группа лиц, за денежное вознаграждение, под видом лечения бесплодия, заключали с «заказчиками» договоры суррогатного материнства, подбирали суррогатных матерей и доноров ооцитов, затем, после рождения детей, получали на них свидетельства о рождении и передавали детей иностранным гражданам (по факту — генетическим родителям).

СК РФ по городу Москве возбуждается второе уголовное дело с теми же формулировками — п. «в» ч. 3 ст. 127.1 УК РФ 23.06.2020 г. по факту обнаружения в квар-

тире жилого дома, расположенного по улице Аргуновской в городе Москве пятерых младенцев, рожденных суррогатными матерями от генетических родителей, являющихся иностранцами.

Третье уголовное дело появляется в Красноярске 16.12.2020 г., где Главное следственное управление по Красноярскому краю и Республике Хакасия возбудило уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного п. «в» ч. 3 ст. 127.1 УК РФ по фактам купли продажи человека. Фигурантами дела становятся 20 новорожденных детей, рожденных суррогатными матерями от генетических родителей, являющихся гражданами Китая, а организатор немецкий врач, работавший в Камбодже.

Все эти уголовные дела сопровождаются громкой дискуссией об изменении законодательства о суррогатном материнстве, в которой участвует законодательная власть, Пресс-секретарь Президента РФ, центральные СМИ, сотрудники правоохранительных органов. По результату судебных процессов и решений, вступивших в законную силу, появилась новая правовая практика: сначала возбуждаются уголовные дела, затем бурное общественное обсуждение, потом появляются законопроекты, вносятся поправки, которые ничего не меняют и ничего не объясняют. Правоприменитель опережая законодателя, устанавливает составы преступления в ситуациях формально регулируемых иными нормами права, распространяя на них гипотезы и диспозиции правовых норм, предусматривающих ответственность за деяния, обладающие фактическим сходством с расследуемыми событиями с последующим признанием обвинения в судебных инстанциях.

XXI век справедливо называют веком биотехнологий. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) используется в мировой практике с 1978 г. В России первый успешный протокол ЭКО состоялся в 1985 г.

Суррогатное материнство — форма Вспомогательных Репродуктивных Технологий (ВРТ) — согласно пункту 9 статьи 55 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [6].

⁹ Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. от 28.12.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2025) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/ (дата обращения: 13.11.2024).

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению регулируются Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.08.2012 г. №107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», а с 31.07.2020 Приказом №80зн, с тем же названием [7].

Суррогатное материнство — один из современных способов преодоления бесплодия, который применяется во многих странах мира. К примеру оно полностью легализовано в Израиле, в Греции, в Индии, в Канаде, в Австралии, в Южной Африке, в отдельных штатах США; в Великобритании оно разрешено только на некоммерческой основе.

Всеобщая декларация прав человека [9] (ст. 25) гласит: «репродуктивные права и репродуктивное здоровье являются одной из составляющих права на охрану здоровья и медицинскую помощь» [8]. Конституция РФ также считает вопрос о материнстве и семье наиболее приоритетным для государства. Вспомогательные репродуктивные технологии более 25 лет достаточно четко регламентированы законом и подзаконными актами, судебной практикой гражданско-правового характера. В уголовном кодексе РФ отсутствует указание на терминологию, связанную с ВРТ и возможные составы преступлений.

Только спустя полтора года после возбуждения уголовных дел и взятия обвиняемых под стражу, 11.06.2021 был инициирован законопроект №41630-8¹⁰, подготовленный и внесенный депутатами Государственной думы Федерального Собрания Российской Федерации П. О. Толстым в соавторстве с А. Ю. Кузнецовой, В. И. Пискаревым, Д. А. Хубезовым, О. В. Тимофеевой и сенатором М. Н. Павловой. Однако поправки, предлагаемые авторами в данном законопроекте, не распространились на уголовно-правовых

аспекты; они предусматривали введение запретов и ограничений в порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий. На их основании были приняты поправки в Семейный кодекс РФ [10], в пункт 5 статьи 16 Федерального закона от 15 ноября 1997 года №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» [11], Федеральный закон от 31 мая 2002 года №62-ФЗ «О гражданстве Российской Федерации» [12], в статью 55 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [13] и Приказы Минздрава России, но не в Уголовный кодекс Российской Федерации.

В уголовных делах, действия, связанные с суррогатным материнством, в Российской Федерации квалифицируются в соответствии со ст. 127.1 УК РФ «Торговля людьми», гипотеза которой выглядит следующим образом: купля-продажа человека, иные сделки в отношении человека, а равно совершенные в целях его эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение [14].

Торговля людьми является преступлением международного характера. Указанная статья УК РФ соответствует международным принципам защиты общих прав и свобод человека, содержащихся в ряде перечисленных ниже международных документов. В частности:

- в Конвенции о рабстве от 25.09.1926 г.¹¹, в ст. 1, 3, 6, содержащих понятия рабства, продажи, приобретения, обмена, перевозки невольников, обязывающей принять меры о строгом наказании за такие преступления;
- ст. 4 Всеобщей декларации прав человека (1948 г.) [9];
- ст. 4 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (1950 г.)¹²;

¹¹ Конвенции о рабстве от 25.09.1926 г. // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/convention_slavery.shtml (дата обращения: 13.11.2024).

¹² «Конвенция о защите прав человека и основных свобод» (Заключена в г. Риме 04.11.1950) // URL: <https://base.garant.ru/2540800/> (дата обращения: 13.11.2024).

¹⁰ О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации №41630-8 // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/41630-8> (дата обращения: 13.11.2024).

- ст. 8 Международного пакта о гражданских и политических правах (1966 г.)¹³ о том, что никто не должен содержаться в рабстве и подневольном состоянии, что работорговля запрещается во всех их видах;
 - Конвенции о борьбе с торговлей людьми и с эксплуатацией проституции третьими лицами от 02.12.1949 г., в преамбуле которой говорится, что торговля людьми и сопровождающая ее проституция несовместимы с достоинством и ценностью человеческой личности и угрожают благосостоянию человека, семьи и общества¹⁴;
 - ст. 9 Декларации прав ребенка от 20.11.1959 г.¹⁵ о том, что ребенок должен быть защищен от всех форм небрежного отношения, жестокости и эксплуатации, не должен быть объектом торговли;
 - ст. 11, 19, 32-36 Конвенции о правах ребенка от 20.11.1989 г.¹⁶ о необходимости принятия мер для борьбы с незаконным перемещением и невозвращением детей из-за границы, защиты от сексуальных злоупотреблений, эксплуатации в проституции, порнографии, предотвращения похищения и торговли детьми, защиты от всех других форм эксплуатации, наносящих ущерб любому аспекту благосостояния ребенка [15].
- Суррогатное материнство представляет

13 Международный пакт о гражданских и политических правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml (дата обращения: 13.11.2024).

14 Конвенция о борьбе с торговлей людьми и с эксплуатацией проституции третьими лицами. Принята резолюцией 317 (IV) Генеральной Ассамблеи от 2 декабря 1949 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/trafficking_suppression.shtml (дата обращения: 13.11.2024).

15 Декларация прав ребенка. Принята резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml (дата обращения: 13.11.2024).

16 Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml (дата обращения: 13.11.2024).

собой вынашивание и рождение ребенка по договору за денежное вознаграждение или безвозмездно, заключаемому между суррогатной матерью и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, с последующей передачей ребенка генетическим родителям. И, казалось бы, причем тут торговля детьми и иные правонарушения? Однако, в реальности ситуация оказывается намного более сложной, поскольку явление суррогатного материнства включает в себя обширный комплекс далеко не однозначных глубоких вопросов, каждый из которых не может быть проигнорированным в рамках любой национальной юрисдикции, в частности, таких как:

- национальная культура;
- правовая традиция;
- морально-этические воззрения;
- криминализация^{17, 18}.

В России сформирована правовая практика в соответствии с которой при возбуждении уголовного дела следственные органы исходят из того, что программа суррогатного материнства может использоваться исключительно при наличии медицинских показаний, указанных в подзаконных актах Минздрава. Использование же программы людьми при отсутствии медицинских показаний, следствие расценивает как нарушение ведомственных приказов, что в свою очередь даёт основания полагать вероятность присутствия состава преступления, предусмотренного ст. 127.1 УК РФ.

Рассмотрим данный вопрос относительно положений Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.08.2012 г. №107н [7], которым утвержден Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания

17 Данельян А. А. Международно-правовые аспекты суррогатного материнства // Международный правовой курьер. URL: <https://inter-legal.ru/mezhdunarodno-pravovye-aspekty-surrogatnogo-materinstva> (дата обращения: 13.11.2024).

18 Аля Гусева Морально-этические и юридические аспекты суррогатного материнства: истоки, международный опыт, проблемы // Независимая ассоциация репродуктивной медицины: Репродуктивная медицина, 2017. №4 (33). С. 7-12.

и ограничения к их применению (приложение и инструкция к Приказу), и обновленного Приказа Минздрава от 31 июля 2020 г. №803н [8].

Если считать за истинное утверждение о невозможности использования донорского материала в программах суррогатного материнства, очевидно это опровергается самим приказом, в котором хоть и не прямо, но предусмотрено использование донорского материала в суррогатном материнстве, что и применяли и применяют все без исключения медицинские клиники в России, занимающиеся ВРТ.

В частности, текст приказа содержит перечень показаний к применению суррогатного материнства, к которым относится отсутствие матки, возрастные показатели (менопауза), отсутствие овуляции, непроходимость семенных протоков, нарушение гормональных функций, сперматогенез и еще целый ряд заболеваний, приводящий к отсутствию собственных половых клеток, что приводит к бесплодию.

Социальное одиночество женщины (почему-то только женщины), т.е. отсутствие полового партнера, также расценивается в качестве показаний к использованию донорского материала, в суррогатном материнстве.

Не является исключением и несовместимость половых партнеров, бесплодие каждого из них, или бесплодие неясного генеза. В таком случае использование полностью донорского материала для преодоления бесплодия и рождения ребенка не может являться составом преступления.

Следовательно, использование донорского материала в программах суррогатного материнства не запрещается, а напротив перечень показаний к использованию свидетельствует о необходимости применения донорского материала для достижения целей лечения бесплодия, а именно рождение ребенка.

Из текста Приказов Минздрава №107н и №803н следует, что использование донорского материала для одиноких женщин разрешено, а перечень показаний к донорству свидетельствует о возможности использования полностью донорского материала

(например, отсутствие матки и отсутствие полового партнера), т.е. рождения полностью генетически чужого для женщины ребенка, что не образует состав преступления — ст. 127.1 УК РФ — торговля людьми, в том числе и для иностранных граждан.

В то же время использование супружеской парой или мужчиной и женщиной, не состоящих в браке, или одинокой женщиной, донорского генетического материала, хотя бы частично, при отсутствии показаний, указанных в Приказах Минздрава №107н и №803н, квалифицируется как торговля людьми.

Полемически встает вопрос, является ли нарушение отдельных положений ведомственного приказа составом преступления, предусмотренного ст. 127.1 УК РФ, если установлено, что рожденный при отсутствии показаний у родителей, с применением метода суррогатного материнства ребенок, является генетически родным? С точки зрения законодателя ответ очевиден. Нарушение ведомственных приказов влечет наступления дисциплинарной и административной ответственности, и само по себе не может квалифицироваться как уголовно наказуемое деяние.

Применительно к ст. 127.1 УК РФ непосредственный объект преступления — личная свобода потерпевшего. Дополнительным объектом квалифицированных видов могут выступать безопасность жизни и здоровья потерпевшего. Объективная сторона преступления выражается в совершении одного или нескольких указанных в законе альтернативных действий — купля-продажа человека, иные сделки в отношении человека, а равно совершенные в целях его эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение. Согласие потерпевшего правового значения не имеет.

Под куплей человека понимается его приобретение за определенную плату, а под продажей соответственно передача за получение определенной платы в распоряжение других лиц. Покупатель несет ответственность лишь за куплю, а продавец лишь за продажу человека.

Под иными сделками в отношении человека понимаются другие действия, не яв-

ляющиеся куплей-продажей, но относящиеся к ряду подобных действий, например: обмен, дарение, передача в зачет выполнения каких-либо обязательств или их установления, изменения, прекращения и т.п.

Средствами платежа могут выступать деньги и любые материальные ценности, в том числе движимое и недвижимое имущество, услуги имущественного характера.

Состав преступления формальный, считается оконченным с момента совершения хотя бы одного из указанных в законе действий — фактической купли-продажи, иной сделки с человеком либо его вербовки, перевозки, передачи, укрывательства или получения.

Субъективная сторона торговли людьми характеризуется прямым умыслом.

Корреспондирующими правовым позициям Пленума Верховного Суда РФ о понятии торговли людьми стали предписания, которые содержатся в ратифицированном Федеральным законом от 26 апреля 2004 г. №26-ФЗ «О ратификации Конвенции Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности и дополняющих ее протокола против незаконного ввоза мигрантов по суше, морю и воздуху и протокола о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказания за нее»¹⁹ и Протоколе от 15 ноября 2000 г. «О предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказания за нее...» [16], дополняющем Конвенцию ООН против транснациональной организованной преступности, в ст. 3 которого говорится, что «торговля людьми» означает осуществляемые в целях эксплуатации вербовку, перевозку, передачу, укрывательство или получение людей путем угрозы силой или ее применения или других форм принуждения, похищения, мошенничества,

обмана, злоупотребления властью или уязвимостью положения либо путем подкупа, в виде платежей или выгод, для получения согласия лица, контролирующего другое лицо; эксплуатация включает, как минимум, эксплуатацию проституции других лиц или другие формы сексуальной эксплуатации, принудительный труд или услуги, рабство или обычаи, сходные с рабством, подневольное состояние или извлечение органов (подп. «а»); согласие жертвы торговли людьми на запланированную эксплуатацию, о которой говорится в подп. «а», не принимается во внимание, если было использовано любое из средств воздействия, указанных в подп. «а» (подп. «б»).

Другим немаловажным вопросом квалификации торговли людьми в судебной практике следственных и судебных органов, требующим четкого понимания, стало уяснение содержания альтернативных признаков объективной стороны преступления, перечисленных в диспозиции правового предписания ст. 127.1 УК РФ (купля-продажа, иные сделки в отношении человека, а также вербовка, перевозка, передача, укрывательство, получение). Практическая проблема интерпретации указанных категорий состоит в том, что законодатель избрал гражданско-правовую терминологию при конструировании состава преступления торговли людьми, что не позволяет использовать нормы гражданского законодательства в понимании данных признаков, человек не может выступать в качестве товара по договору купли-продажи и прочих сделок, как следствие, любая такая сделка является незаконной [17].

Существенным несоответствием формулировки ст. 127.1 УК РФ по отношению к конкретным инкриминируемым деяниям в том, что целью продажи должна быть эксплуатация: сексуальная, трудовая, рабство. Однако в случае с возбужденными уголовными делами эти цели не очевидны.

Торговля людьми в России в официальной статистике отражена плохо. Преступления мало доказуемы.

По мнению авторов процедуры суррогатного материнства при использовании половых клеток генетически родных роди-

¹⁹ Федеральный закон от 26 апреля 2004 г. №26-ФЗ «О ратификации Конвенции Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности и дополняющих ее Протокола против незаконного ввоза мигрантов по суше, морю и воздуху и Протокола о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказания за нее» // URL: <https://base.garant.ru/12135286/> (дата обращения: 13.11.2024).

телей с подтверждением родства между потенциальным родителем и появившемся на свет ребенком не могут квалифицироваться в качестве торговли людьми. Также уголовное законодательство не регламентирует квалификацию преступления ст. 127.1 УК РФ по признаку гражданства.

С учётом сказанного в настоящее время вполне существует вероятность увеличения количества уголовных дел в отношении граждан со спорными показаниями к применению суррогатного материнства, содержащихся в подзаконных актах Минздрава и одиноких отцов.

Первый суррогатный ребенок появился в 1995 году и по данным Европейского центра суррогатного материнства в России в год рождается как минимум 22.000 детей от суррогатных матерей. При этом около 5% рынка приходится на иностранцев [18].

Генеральный же директор ЕЦСМ Владислав Мельников, находится под стражей по первому уголовному делу уже более 4-х лет. Приговором Никулинского районного суда г. Москвы он приговорен к 19 годам лишения свободы. Другим обвиняемым (врачам, суррогатным матерям) также назначены двузначные сроки наказания.

Возбужденные уголовные дела касаются генетических родителей иностранных граждан: Китая, Филиппин, Таиланда. Часть обвиняемых суррогатных матерей иностранки, казашки, украинки и др., в случае с Красноярским уголовным делом, эмбрионы создавались и подсаживались в Камбодже, где действие Приказа Минздрава России не применимо.

К сожалению не являются безупречными действия некоторых частных медицинских организаций, извлекающих прибыль из суррогатного материнства, организуемого с прямым нарушением действующего законодательства. Так, Санкт-Петербург-

ская клиника репродукции имела правоотношения с гражданином Австрии. Суррогатная мать из Сыктывкара 19.07.2020 года в СПб ГБУЗ «Родильный дом» родила двух девочек. В общей сложности генетический отец-австриец оплатил 15 тыс. евро, но обязательства, возложенные на себя агентством, оформить все необходимые документы и получить в ЗАГСе свидетельства о рождении на детей в течение года так и не выполнили, требуя дополнительные платежи, вымогая и угрожая, используя детей как инструмент давления. Отец детей, гражданин Австрии, обратился с заявлением к Председателю СК РФ с просьбой проведения проверки фактов вымогательства и мошенничества. В возбуждении уголовного дела отказано. Детей изъяли, в удовлетворении гражданского иска отказали.

На основании выполненного в работе анализа правовых актов, фактологии, мы считаем, что законодательство Российской Федерации и ведомственные нормативно-правовые акты, которые, так или иначе, относятся к регулированию отношений, связанных с репродуктивными технологиями, требуют изменений, которые бы обеспечили обществу правовую определённость. Сложившаяся ситуация, характеризующаяся неполнотой, половинчатостью, неопределённостью правового регулирования рассматриваемой проблемы, ставит в крайне сложное и опасное положение как добросовестных граждан, нуждающихся этом виде в медицинской помощи, так и законопослушных специалистов.

Очевидно, что в действующее законодательство и в подзаконные акты необходимо внесение поправок с целью более четкой регламентации деятельности, устранения дискриминации и наведения порядка в сфере ВРТ, соблюдения прав детей и их родителей.

Список литературы:

1. Zeng Weijun, Zhao Zhenying, Yang Yuchen et all. Design and experiment of online monitoring system for long-term culture of embryo // Journal of Biomedical Engineering. 2021-11-26. 38(6): 1134-1143.

2. Еганов Андрей Дети будущего: в Китае создали матку для вынашивания эмбрионов // URL: <https://mir24.tv/news/16497761/deti-budushchego-v-kitae-sozdali-matku-dlya-vynashivaniya-embriionov> (дата обращения: 13.11.2024).
3. Дигесты Юстиниана. Избр. фрагменты в пер. и с прим. И.С. Перетерского. М.: Наука, 1984. 406 с.
4. Beech Hannah They Were Surrogates. Now They Must Raise the Children. // URL: <https://www.NYTimes.com/2022/11/26/world/asia/surrogacy-cambodia.html> (дата обращения: 13.11.2024).
5. В ГД разработают законопроект о запрете передачи детей от суррогатных матерей иностранцам. 10 декабря 2020 // URL: <https://tass.ru/obschestvo/10222717> (дата обращения: 13.11.2024).
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2024).» Российская газета», №263, 23.11.2011.
7. Приказ Минздрава России от 30.08.2012 №107н (ред. от 01.02.2018) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 12.02.2013 №27010). Документ утратил силу с 1 января 2021 года в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 17.06.2020 №868 // «Российская газета», спецвыпуск, №78/1, 11.04.2013.
8. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 №60457) // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202010190041> (дата обращения: 13.11.2024).
9. Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml (дата обращения: 13.11.2024).
10. Семейный кодекс РФ // Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, №1, ст. 16; 2016, №1, ст. 77; 2022, №32, ст. 5812.
11. Федеральный закон от 15 ноября 1997 года №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» // Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №47, ст. 5340; 2015, №1, ст. 70; 2018, №1, ст. 22.
12. Федеральный закон от 31 мая 2002 года №62-ФЗ «О гражданстве Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, №22, ст. 2031; 2003, №46, ст. 4447.
13. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724.
14. Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 24 декабря 2019 г. №58 «О судебной практике по делам о похищении человека, незаконном лишении свободы и торговле людьми» // URL: <https://www.vsrfg.ru/documents/own/28634/> (дата обращения: 13.11.2024).
15. Международная защита прав и свобод человека: Сборник документов. М., 1990. С. 32, 201, 211, 385–388.
16. «Протокол о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказании за нее, дополняющий Конвенцию Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности». Принят в г.

Нью-Йорке 15.11.2000 Резолюцией 55/25 на 62-ом пленарном заседании 55-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН Принят в городе Нью-Йорке 15 ноября 2000 г. Резолюцией 55/25 на 62-м пленарном заседании 55-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН // Собрание законодательства РФ», 04.10.2004, №40, ст. 3884.

17. Волков К. А. Торговля людьми и новое разъяснение Пленума ВС РФ // Российский судья, 2020, №6. С. 36.
18. Мационг Елена 40 лет назад родился первый ребенок от суррогатной матери // Российская Газета №36 (8090) от 19.02.2020 г.
19. В Московской области возбуждено уголовное дело по факту торговли новорожденными и причинения смерти по неосторожности одному из них // URL: <https://sledcom.ru/news/item/1428434> (дата обращения: 13.11.2024).

Об авторах:

Трунов Игорь Леонидович — адвокат, Председатель президиума международной юридической фирмы «Трунов, Айвар и партнеры», доктор юридических наук, профессор, заместитель председателя Международного союза юристов, Москва, trunovo8@yandex.ru

Айвар Людмила Константиновна — адвокат, Заместитель Председателя Союза адвокатов России, доктор юридических наук, профессор, Москва, advokat.ayvar@gmail.com

Igor Leonidovich Trunov — Lawyer, Deputy Chairman of the International Union of Lawyers, Chairman of the Presidium of the international Law firm «Trunov Ivar and Partners», Ph.D. in Law, professor, Moscow

Lyudmila Konstantinova Ayvar — lawyer, Deputy Chairman of the Union of Lawyers of Russia, Ph.D. in Law, professor, Moscow

© Трунов И. Л., Айвар Л. К., 2024

Для цитирования:

Трунов И. Л., Айвар Л. К. Правовое регулирование суррогатного материнства в уголовном процессе // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 110-120.

For citation:

Trunov I. L., Ivar L. K. Legal regulation of surrogacy in criminal proceedings // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 110-120.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 15.11.2024 г.

Шлепкина С. А.

ПРИОБРЕТЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА ПРИ ОТСУТСТВИИ У ГРАЖДАНИНА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В статье рассматривается административно-правовой статус пациента, на основании общего правового статуса пациента, его прав, обязанностей и ответственности при оказании ему медицинских услуг. В работе представлен анализ того, каким образом обеспечиваются гарантии государства по предоставлению медицинской помощи лицу без документов или полиса обязательного медицинского страхования. Цель статьи — раскрыть содержание правового статуса пациента с точки зрения административного права и показать актуальность данного статуса, высокую практическую значимость и необходимость в дальнейшем его изучении для построения эффективных и безопасных взаимоотношений между ним и государством, а также медицинскими организациями и персоналом.

Ключевые слова: *пациент, правовой статус пациента, административно-правовой статус пациента, обязательное медицинское страхование, гарантии оказания медицинской помощи*

Sofia Shlepkina

ACQUISITION OF ADMINISTRATIVE AND LEGAL STATUS OF A PATIENT IN THE ABSENCE OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FOR A CITIZEN

The article examines the administrative and legal status of the patient, based on the general legal status of the patient, his rights, duties and responsibilities in providing him with medical services. The paper presents an analysis of how government guarantees are provided for the provision of medical care to a person without documents or a compulsory health insurance policy. The purpose of the article is to reveal the content of the patient's legal status from the point of view of administrative law and to show the relevance of this status, its high practical significance and the need for further study in order to build effective and safe relationships between him and the state, as well as medical organizations and staff.

Keywords: *patient, legal status of the patient, administrative and legal status of the patient, compulsory medical insurance, guarantees of medical care*

Административно-правовой статус пациента составляет важнейшую и органическую часть его общего правового статуса.

Пациент — это лицо, которое обратилось в медицинскую организацию, независимо от основания обращения, методов и форм оказания медицинской помощи; то есть, пациент и медицинская организация начинают реализовывать часть своих прав и обязанностей еще до момента оказания самой медицинской услуги [1].

Ситуация с общим правовым статусом пациента выглядит иначе — он видоизменяется в зависимости от способа оплаты медицинской помощи: за счет средств бюджета, средств обязательного или добровольного медицинского страхования или же собственных средств. Именно способ оплаты обуславливает специфику юридически значимых фактов, которые служат основанием возникновения правовых отношений между медицинской организацией и пациентом [2].

Правовой статус пациента — это совокупность прав и обязанностей, которыми регулируется взаимодействие пациента с государством, медицинским учреждением и медицинским персоналом при оказании ему медицинской помощи. Этот статус определяет порядок доступа к медицинской помощи, право на конфиденциальность информации, а также ответственность сторон за невыполнение своих обязанностей. Соответственно, правовой статус в обобщенном виде конкретизирует разнообразные права, обязанности и гарантии лица в сфере здравоохранения.

К числу основных прав пациента относятся права:

- на получение высококвалифицированной медицинской помощи;
- на выбор методов лечения;
- на неразглашение информации о здоровье личности;
- на защиту своего здоровья и жизни;
- на получение своей медицинской документации;
- на мнение второго врача;
- на отказ от проведения лечения.

Необходимо учитывать то, что в рамках своего правового статуса, пациент обязан:

- предоставлять достоверную информацию о состоянии здоровья;
- следовать рекомендациям врачей;
- соблюдать режим и назначения;
- соблюдать правила медицинских учреждений;
- оплачивать медицинскую помощь и услуги в установленном порядке.

Не малозначительна роль ответственности сторон в рамках административно-правового статуса.

Медицинский персонал несет ответственность за качество медицинской помощи, соблюдение стандартов лечения, клинических рекомендаций и конфиденциальность медицинской информации.

Пациент в свою очередь несет ответственность за следование рекомендациям врачей, своевременное обращение за помощью и бережное хранение медицинской документации.

Административно-правовой статус пациента представляет собой совокупность

прав и обязанностей в сфере взаимодействия с государством по вопросам организационно-правового регулирования в области здравоохранения и вопросам административной ответственности.

Прежде всего по данному вопросу необходимо упомянуть обязательное медицинское страхование (далее ОМС), которым государство гарантировало право на медицинскую помощь для всех граждан России.

В случае отсутствия у гражданина полиса ОМС возникают вопросы, связанные с предоставлением медицинской помощи и защитой государства от некачественных услуг. Законодатель предусмотрел случаи дефектов оказания медицинской помощи и некачественного предоставления медицинских услуг дав гражданам гарантии защиты их прав. Так, в случае некачественного предоставления медицинской помощи лицу без полиса ОМС, он имеет право обратиться в медицинскую организацию с жалобой или обратиться в прокуратуру для защиты своих прав. Государство также контролирует качество медицинских услуг и может принимать меры в отношении медицинских учреждений, нарушающих законы.

Перед предоставлением медицинской помощи лицу без документов или полиса ОМС необходимо определить вид помощи — экстренная она или неотложная. Ведь имеет значение не сам факт травмы или наличие боли у лица, а фактическая степень тяжести состояния — угрожает ли оно жизни пациента или нет.

Согласно п. 1 ч. 4 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ (далее ФЗ №323), экстренная медицинская помощь — это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. В случае необходимости в оказании экстренной ме-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 08.08.2024, с изм. от 26.09.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/000120111220007> (дата обращения: 15.10.2024).

дицинской помощи, законодатель разъясняет: вне зависимости от статуса лица, медицинская услуга должна быть оказана. Из статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»² следует, что экстренная медицинская помощь оказывается вне зависимости от наличия полиса ОМС, документов и гражданства Российской Федерации у человека, в случае угрозы жизни — до устранения такой угрозы.

Согласно п. 2 ч. 4 статьи 32 ФЗ №323, неотложная медицинская помощь — это медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. С острой зубной болью, при которой необходима неотложная медицинская помощь, в бесплатных поликлиниках страны процедура проводится исключительно с наличием ОМС у пациента. То есть, лицо, не имеющее медицинского страхования на территории Российской Федерации, не сможет получить бесплатное стоматологическое обслуживание. Государство гарантирует только первичную медицинскую помощь лицам без полиса ОМС, остальные, более серьезные услуги придется оплачивать самостоятельно. Однако, в некоторых регионах страны действуют программы социальной поддержки, которые могут частично или полностью покрывать расходы на лечение.

Бывают и исключения в оказании неотложной медицинской помощи лицу без полиса. В случае, если пациент обратился на подстанцию скорой медицинской помощи (далее СМП) без документов и состояние пациента в ближайшее время может ухудшиться и ему необходимо лечение в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское

наблюдение (то есть, если не исключается, что ухудшение состояния может угрожать жизни пациента), в этом случае врач (фельдшер) СМП по результатам осмотра может принять решение о медицинской помощи в экстренной форме, пациента госпитализирует в стационар. В данном случае, гарантии государства для пациентов без полиса ОМС ограничиваются предоставлением только первичной помощи.

Что касается вопроса об административной ответственности, связанной с оказанием медицинской помощи пациентам, то в Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ³ в статье 6.30, предусматривающей ответственность за невыполнение медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в частности, есть упоминание об обязанности предоставления пациентам информации о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В заключении следует отметить, что административно-правовой статус пациента нуждается в дальнейшем изучении для построения взаимоотношений между ним и государством, медицинским учреждением и персоналом. Государство обязано обеспечить доступность и качество медицинской помощи всем гражданам, вне зависимости от наличия у них полиса ОМС. Соблюдение прав и обязанностей каждой стороной способствует эффективной и качественной медицинской помощи, а также формированию и развитию уважения к личности пациента и профессионализма медицинского персонала.

2 Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102143352> (дата обращения: 15.10.2024).

3 «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 26.12.2024) (с изм. и доп., вступ. в силу с 05.02.2025) // https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (дата обращения: 15.10.2024).

Список литературы:

1. Блудилина К. А. Некоторые особенности правового статуса пациента при оказании медицинских услуг // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2018. №11-3. С. 104-106.
2. Правовое регулирование отношений между врачом и пациентом // URL: <https://www.zdrav.ru/articles/77380-pravovoe-regulirovanie-otnosheniy-mejdu-vrachom-i-patsientom?ysclid=luu7jvr88n705681155> (дата обращения: 15.10.2024).

Об авторе:

Шлепкина София Александровна — студентка 3 курса Института прокуратуры ФГБОУ ВО «Саратовская государственная юридическая академия», Саратов, sofiashlepkina@yandex.ru

Sofia Aleksandrovna Shlepkina — 3rd—year student at the Institute of Public Prosecutor's Office of the Saratov State Law Academy, Saratov

© Шлепкина С. А., 2024

Для цитирования:

Шлепкина С. А. Приобретение административно-правового статуса пациента при отсутствии у гражданина обязательного медицинского страхования // М.: Национальный институт медицинского права. Медицинское право: теория и практика. 2024. №3-4 (25-26). Р. 121-124.

For citation:

Shlepkina S. A. Acquisition of administrative and legal status of a patient in the absence of compulsory medical insurance for a citizen // M.: National Institute of medical law. Medical law: theory and practice. 2024. №3-4 (25-26). P. 121-124.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares that there is no conflict of interest.

Статья поступила в редакцию 15.11.2024 г.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА ОБРАЩАЕТ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ОФОРМЛЕНИЯ НАПРАВЛЯЕМЫХ В РЕДАКЦИЮ ТРУДОВ, КОТОРЫЕ ДЕТАЛЬНО ПРЕДСТАВЛЕНЫ НА САЙТЕ WWW.MED-LAW.RU

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ

СТАТЬЯ ДОЛЖНА СООТВЕТСТВОВАТЬ ПРОФИЛЮ И УРОВНЮ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ЖУРНАЛА. ВСЕ СТАТЬИ ПОДВЕРГАЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ НЕЗАВИСИМОМУ РЕЦЕНЗИРОВАНИЮ СООТВЕТСТВУЮЩИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПО ПРОФИЛЮ РЕЦЕНЗИРУЕМОЙ РАБОТЫ. В СЛУЧАЕ ПРИЗНАНИЯ СТАТЬИ НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ, АВТОРУ НАПРАВЛЯЕТСЯ МОТИВИРОВАННЫЙ ОТКАЗ В ПУБЛИКАЦИИ.

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА НЕ НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕДОСТОВЕРНОСТЬ ПУБЛИКУЕМЫХ ДАННЫХ И ВОЗМОЖНЫЙ УЩЕРБ, ПРИЧИНЕННЫЙ ПУБЛИКАЦИЕЙ ИНТЕРЕСАМ ТРЕТЬИХ ЛИЦ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕННОЙ И ОПУБЛИКОВАННОЙ РАБОТЫ ВОЗЛАГАЕТСЯ НА АВТОРА (АВТОРОВ) СТАТЬИ.

ПЛАТА ЗА ПУБЛИКАЦИЮ РУКОПИСЕЙ НЕ ВЗИМАЕТСЯ. АВТОРСКИЕ ГОНОРАРЫ НЕ ВЫПЛАЧИВАЮТСЯ. РЕКЛАМНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПУБЛИКУЮТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ СООТВЕТСТВИЯ РЕДАКЦИОННОЙ ПОЛИТИКЕ И ЗА ПЛАТУ, РАЗМЕР КОТОРОЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПО СОГЛАСОВАНИЮ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.

НАПРАВЛЯЯ СТАТЬЮ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В ЖУРНАЛ, АВТОР СОГЛАШАЕТСЯ, В СЛУЧАЕ ЕЁ ПРИНЯТИЯ, С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ К ТЕКСТУ РАБОТЫ НА САЙТАХ РАЗМЕЩЕНИЯ ИЗДАНИЯ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ.

НАПРАВЛЕНИЕ В РЕДАКЦИЮ РАНЕЕ ОПУБЛИКОВАННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИЛИ УЖЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ В ДРУГИЕ ИЗДАНИЯ, НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ

ОБЪЕМ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ОБЗОРНЫХ СТАТЕЙ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ ДВАДЦАТИ ТЫСЯЧ (20 000) ЗНАКОВ. ОБЪЕМ ПУБЛИКАЦИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ, РЕЦЕНЗИИ – ДО ДЕСЯТИ ТЫСЯЧ (10 000) ЗНАКОВ; ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ – ДО ПЯТИ ТЫСЯЧ (5 000) ЗНАКОВ. ПРОБЕЛЫ, А ТАКЖЕ ОБЪЕМ, СОСТАВЛЯЮЩИЙ СПИСКИ ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ ЭТОМ УЧИТЫВАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ.

ТЕКСТ РАБОТЫ И ПРИЛАГАЕМЫЕ К НЕМУ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ ГРАММАТИЧЕСКИХ, ОРФОГРАФИЧЕСКИХ И СТИЛИСТИЧЕСКИХ ОШИБОК.

В КАЧЕСТВЕ РЕДАКТОРА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЛЮБОЙ ТЕКСТОВЫЙ ПРОЦЕССОР (MICROSOFT WORD, TEXTEdit, OPENOFFICE И ДР.). ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЬИ *.DOC, *.DOCX, *.RTF ИЛИ *.ODT.

ШРИФТ – TIMES NEW ROMAN, КЕГЛЬ 14, МЕЖСТРОЧНЫЙ ИНТЕРВАЛ 1,5.

АБЗАЦНЫЙ ОТСТУП – 1,25 ММ. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ АБЗАЦНОГО ОТСТУПА ПУТЕМ ОТБИВОК.

ПОЛЯ: ВЕРХНЕЕ И НИЖНЕЕ – 2 СМ, ЛЕВОЕ – 3 СМ, ПРАВОЕ – 1 СМ.

НУМЕРАЦИЯ СТРАНИЦ НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНА.

ТАБЛИЦЫ ОФОРМЛЯЮТСЯ ПОДОБНО ОСНОВНОМУ ТЕКСТУ. ТАБЛИЦЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ, ИМЕТЬ НАЗВАНИЯ, ЗАГОЛОВКИ ГРАФ И СТРОК, БЫТЬ НАГЛЯДНЫМИ, НЕ ПЕРЕГРУЖЕННЫМИ. ДОПУСКАЕТСЯ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ТАБЛИЦ, А ТАКЖЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ НА НЕСКОЛЬКИХ СТРАНИЦАХ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В ТАБЛИЦАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ГРАФИКОВ И ДИАГРАММ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ТАБЛИЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ (MICROSOFT EXCEL, OPENOFFICE).

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ИСХОДНОГО ФАЙЛА ИСПОЛЬЗОВАННОГО ТАБЛИЧНОГО РЕДАКТОРА, А НЕ ТОЛЬКО ПОСТРОЕННОГО НА ЕГО ОСНОВАНИИ ИЗОБРАЖЕНИЯ, ВНЕДРЕННОГО ВОСНОВНОЙ ТЕКСТ СТАТЬИ. ПРИ ОТСУТСТВИИ ИСХОДНЫХ ФАЙЛОВ ГРАФИКИ И ДИАГРАММЫ БУДУТ ИСКЛЮЧАТЬСЯ ИЗ ПУБЛИКАЦИИ.

ПРИ НАЛИЧИИ ИЗОБРАЖЕНИЙ, СОЗДАВАЕМЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГРАФИЧЕСКИХ РЕДАКТОРОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ИСХОДНЫЙ ФАЙЛ В ОДНОМ ИЗ СТАНДАРТНЫХ ФОРМАТОВ (*.TIF, *.JPG, *.BMP, *.WMF, *.EMF И ДР.) В РАЗРЕШЕНИИ НЕ МЕНЕЕ 600 ТОЧЕК НА ДЮЙМ.

ВСЕ РИСУНКИ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, ИДЕНТИЧНЫЙ УКАЗАННОМУ В ТЕКСТЕ СТАТЬИ, ЗАГЛОВОК, УКАЗАННЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОД ИЗОБРАЖЕНИЕМ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ В РИСУНКАХ СОКРАЩЕНИЯ, ЦИФРОВЫЕ ИЛИ БУКВЕННЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОБЪЯСНЕНИЯ.

МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ, ВЫРАЖЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ В ФОРМУЛЬНЫХ РЕДАКТОРАХ: MICROSOFT EQUATION, MATHTYPE И ДР.

В КАЖДОЙ ПУБЛИКАЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ УКАЗАНЫ НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- фамилия, имя, отчество всех авторов полностью
- полное наименование организации – место работы каждого автора в именительном падеже, город
- должность, звание, ученая степень авторов
- адрес электронной почты каждого из авторов
- почтовый адрес и контактный телефон (допускается указание одного адреса для всех авторов)

НАЗВАНИЕ ПУБЛИКАЦИИ

АННОТАЦИЯ

- размер аннотации не более 1000 и не менее 400 знаков, включая пробелы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

- ключевые слова или словосочетания, отделяемые друг от друга запятой. Обращаем внимание на то, что следует направлять не фразы, а именно ключевые слова или словосочетания.

ОСНОВНОЙ ТЕКСТ РАБОТЫ И ОСТАЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЫВЕРЕНЫ. ВСЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ЦИТАТЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ССЫЛКИ НА ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРОНУМЕРОВАНЫ. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ ЦИФРОВЫХ ССЫЛОК В ТЕКСТЕ СТАТЬИ И В СПИСКЕ ЛИТЕРАТУРЫ. В СЛУЧАЕ УКАЗАНИЯ ИСТОЧНИКА В ТЕКСТЕ, СЛЕДУЕТ В КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ УКАЗЫВАТЬ ТОЛЬКО ЕГО ПОРЯДКОВЫЙ НОМЕР, СОГЛАСНО СПИСКУ.

ССЫЛКИ НА НЕОПУБЛИКОВАННЫЕ РАБОТЫ НЕ ДОПУСКАЮТСЯ.

ОФОРМЛЕНИЕ ПРИСТАТЕЙНЫХ ССЫЛОК И/ИЛИ СПИСКОВ ПРИСТАТЕЙНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ГОСТ 7.0.5-2008. «БИБЛИОГРАФИЧЕСКАЯ ССЫЛКА. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ»

ДОПОЛНИТЕЛЬНО ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ АВТОРОВ НА ТО, ЧТО НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ НАДЛЕЖИТ РАСПОЛАГАТЬ В ОБЩЕМ СПИСКЕ С ЕДИНОЙ НУМЕРАЦИЕЙ ПЕРЕД ИНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ. ПРИ ЭТОМ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ РАСПОЛОЖЕНЫ: А) В ПОРЯДКЕ ЮРИДИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ; Б) В ХРОНОЛОГИЧЕСКОМ ПОРЯДКЕ. В КАЧЕСТВЕ ИХ ИСТОЧНИКОВ ДОЛЖНЫ ВЫСТУПАТЬ ОФИЦИАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ.

К РАССМОТРЕНИЮ ПРИНИМАЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ В АДРЕС РЕДАКЦИИ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ NIMP@MED-LAW.RU ИЛИ НА ЭЛЕКТРОННЫХ НОСИТЕЛЯХ. В СОПРОВОДИТЕЛЬНОМ ПИСЬМЕ УКАЗЫВАЮТСЯ СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ, НАЗВАНИЕ РАБОТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ФОРМАТЫ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ЭЛЕКТРОННЫЕ НОСИТЕЛИ НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКОГО
ПРАВА